



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE
MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
MUJERES CON CÁNCER CERVICOUTERINO”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

CLAUDIA VERÓNICA PATIÑO CANTO

Tutora Principal

Dra. María Leticia Bautista Díaz, FES Iztacala

Miembros del Comité Tutor

Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez, FES Zaragoza

Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, FES Iztacala

Dra. María de Lourdes Diana Moreno, FES Iztacala

Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, FES Iztacala

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, Enero 2021.



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.

*A todos y cada uno de los pacientes
del servicio de oncología con quienes
tuve el privilegio de coincidir y aprender.*

Gracias.

CONTENIDO

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. Generalidades del cáncer cervicouterino.....	11
Anatomía.....	11
Epidemiología y prevalencia.....	12
Factores de riesgo.....	13
Síntomas.....	15
Diagnóstico.....	16
Tratamiento y pronóstico.....	17
CAPÍTULO 2. Cáncer cervicouterino y salud psicológica	20
Ansiedad	23
Depresión	25
Implicaciones psicológicas de mujeres con cáncer cervicouterino.....	27
CAPÍTULO 3. Medicina conductual y educación para la salud	30
Proceso de diseño y validación de material educativo en salud	34
Validación de material psicoeducativo en oncología.....	39
Planteamiento del problema.....	41
Método.....	44
Resultados.....	49
Discusión.....	58
Conclusión.....	61
CAPÍTULO 4. Reporte de experiencia profesional.....	62
Conceptualización de la Medicina Conductual en México y el mundo	62
La Medicina Conductual en México	65
Características de la sede	67
Antecedentes de la sede	68
Nivel de atención y servicios de la sede.....	68
Ubicación de la sede.....	69
Organigrama del servicio.....	71
Actividades desarrolladas en la sede.....	71
Evaluación inicial del servicio	72
Actividades diarias desarrolladas en el servicio	74
Actividades académicas	75
Productividad.....	78
Evaluación final.....	82
Competencias logradas	84
Comentarios y sugerencias	87
Referencias	89

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Formato entrevista necesidades informativas del paciente	96
Anexo 2: Formato de validación por jueces	97
Anexo 3: Manual psicoeducativo	98
Anexo 4: Caso Clínico 1	122
Anexo 5: Caso Clínico 2	143
Anexo 6: Caso Clínico 3	169

RESUMEN

El objetivo general del presente trabajo fue validar un programa psicoeducativo *ex profeso* para disminuir síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino (CaCu) del Hospital Juárez de México. Bajo un diseño instrumental participaron seis jueces expertos del área de medicina conductual, docencia y psicooncología y seis mujeres con diagnóstico de CaCu (jueces no expertos), quienes validaron el programa psicoeducativo, a través de seis categorías: pertinencia, cantidad, calidad, ortografía, redacción y diseño. La presente investigación se llevó a cabo en seis fases. I. Residencia profesional de Medicina Conductual; II. Identificación de necesidades psicológicas en una institución de salud; III. Investigación bibliográfica; IV. Diseño y construcción de un programa psicoeducativo; V. Validación por jueces-expertos; VI. Validación por jueces no-expertos (pacientes). Con base en las necesidades psicológicas y del estado del arte, se diseñó un programa de intervención y mediante la técnica de jueceo se encontró un promedio de índice de validez de contenido del 91.2% de los jueces expertos y del 97.5% de los jueces no expertos. Además, los jueces-expertos aportaron información valiosa para omitirse o integrarse en el programa psicoeducativo, quedando la versión final en un manual de 40 páginas. Se concluye que, la experiencia profesional de la residencia en medicina conductual es un espacio formativo de alto nivel, que permitió el desarrollo de un programa de intervención válido. Por lo que, se alienta al psicooncólogo a utilizar esta herramienta coadyuvante para tratar dos de las alteraciones psicológicas más frecuentes en mujeres con CaCu -ansiedad y depresión-.

Palabras clave: validez de contenido, medicina conductual, manual, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

The general objective of this research was to validate a psycho-educational program to reduce symptoms of anxiety and depression in women with cervical cancer (CaCu) of the Hospital Juárez of Mexico. Under an instrumental design, six expert judges from the area of behavioral medicine, teaching and psychooncology and six women with a diagnosis of CaCu (non-expert judges) participated, who validated the psycho-educational program, through six categories: relevance, quantity, quality, spelling, writing and design. The present research was carried out in six phases. I. Professional Residency of Behavioral Medicine; II. Identification of psychological needs in a health institution; III. Literature research; IV. Design and construction of a psycho-educational program V. Validation by judges-experts; VI. Validation by non-expert judges (patients). Based on psychological needs and the state of the art, an intervention program was designed, using the judging technique, a average content validity index of 91.2% of expert judges and 97.5% of non-expert judges was found. In addition, the expert judges provided valuable information to be omitted or integrated into the psycho-educational program, leaving the final version in a 40-page manual. It is concluded that the professional experience of the residency in behavioral medicine is a high-level training space, which allowed the development of a valid intervention program. Therefore, is recommended to the psychooncologist to use this adjuvant tool to treat two of the most frequent psychological alterations in women with CaCu -anxiety and depression-.

Keywords: content validity, behavioral medicine, manual, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Dentro del panorama mundial, el cáncer ha destacado de entre las enfermedades crónico-degenerativas por sus altos índices de morbilidad y mortalidad, lo que ha provocado entre otros factores que se convierta en un problema de salud pública. De acuerdo con el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN, por sus siglas en inglés) la presencia de cáncer a nivel mundial ha aumentado alarmantemente, llegando a 18.1 millones de nuevos casos y 9.6 millones de muertes. Uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres en todo el mundo desarrollan cáncer durante su vida, y uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres muere a causa de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Específicamente, a nivel nacional hablar de cáncer en la mujer mexicana implica hablar de cáncer de cuello uterino o cervicouterino (CaCu), ya que, 1 de cada 10 muertes por cáncer en el país, se debe a esta enfermedad. En cuanto a su epidemiología la Secretaría de Salud (SSa, 2015), documentó que se presentan anualmente 13 960 casos en mujeres, y por cada 100 000 se presenta un incidencia de 23.3 casos.

Tomando en cuenta estas estadísticas se puede identificar que existe una alta demanda en los servicios de salud que giran en torno a esta población, donde una atención integral que contemple no solo la parte médica sino también las necesidades psicosociales es latente.

Al respecto, desde hace poco más de tres décadas uno de los representantes clásicos de la psicología de la salud, estableció que, en particular uno de los propósitos de la Medicina Conductual, es atender las enfermedades crónico degenerativas, tal es el caso del CaCu, de una manera integral para mejorar la calidad de vida de las mujeres con esta enfermedad, al considerar no solo la salud física sino también la salud psicológica y la social (Matarazzo, 1987 como se citó en Cerezo & Hurtado, 2011).

No obstante, uno de los retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud, -especialistas en esta enfermedad- es que, a pesar de los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de estas pacientes el carácter crónico de la enfermedad origina modificaciones constantes en el estilo de vida, presentándose un elevado grado de malestar psicológico caracterizado principalmente por ansiedad y depresión, lo que hace más compleja su atención (Zabalegui, Sánchez, & Juando, 2005).

En ese tenor una de las principales demandas psicológicas más frecuentes identificadas en este tipo de pacientes y sus familiares, son de tipo psicoeducativo. Así, desde la medicina conductual, los programas de intervención impresos, se posicionan como una columna vertebral de soporte para la salud física y psicológica en general y para quienes padecen CaCu en específico, el punto clave de estos programas residen en brindar información significativa, práctica y sencilla no sólo a los pacientes, sino a su familia y a la sociedad (Buxton, 1999).

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1984) ha indicado que las ventajas de los recursos psicoeducativos, concretamente los impresos facilitan el aprendizaje del paciente y permiten una mayor difusión de conocimientos, llegando a un número mayor de personas. De este modo, el trabajo del psicólogo inmerso en el servicio de oncología, se vuelve imperante en el trabajo interdisciplinario de esta enfermedad, ya que, coadyuva no solo en la salud física, sino también en la psicosocial, promoviendo un estilo de vida más saludable a través del autocuidado.

El diseño de programas psicoeducativos es un proceso amplio y arduo, que requiere de fases cuidadosas basadas en el método científico, dentro de las que se encuentran la investigación de bibliografía relevante, detección de necesidades, el diseño de los componentes del programa psicoeducativo basado en una teoría y su validación antes de ponerse en marcha en los usuarios. Una de las fases fundamentales, es someter estos instrumentos a un proceso de validación para constatar la calidad de la información y, así, establecer la utilización del material en el servicio de salud, apoyando la asistencia prestada por el equipo y el papel del psicólogo. Lo que proporciona una herramienta que potencializa y aumenta la eficacia de las intervenciones realizadas (Buxton, 1999).

Con este preámbulo, el objetivo general de este trabajo fue validar un programa psicoeducativo *ex profeso* para disminuir la sintomatología de ansiedad y de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del Hospital Juárez de México. Esta herramienta pretende apoyar al psicoterapeuta con el propósito de que el paciente comprenda dos de las variables psicológicas más significativas y frecuentes que genera el atravesar por una enfermedad como lo es el cáncer.

Así, la presente tesis se desarrolla de la siguiente manera:

En el capítulo I se abordaron generalidades medicas del cáncer cervicouterino; anatomía, prevalencia, síntomas, tratamiento y pronóstico.

En el capítulo II se puntualizaron los problemas psicológicos del paciente oncológico reportados con mayor frecuencia tanto en la literatura como en la práctica profesional de la residencia; se identificaron las afectaciones psicológicas de las mujeres con un diagnóstico de CaCu; se definió cómo se manifiesta la ansiedad y la depresión en un contexto de cáncer y las implicaciones que llevan estas problemáticas psicológicas en la calidad de vida de las mujeres con dicha condición.

El capítulo III consistió en identificar la importancia del diseño y validación de materiales psicoeducativos culturalmente relevantes; se describieron brevemente algunas investigaciones en el área de oncología. También se puntualizó la metodología por jueces expertos para validar el material propuesto.

En el capítulo IV se desarrolló el reporte de experiencia profesional que incluye las actividades realizadas como alumna de posgrado del servicio de oncología dentro de la residencia en medicina conductual. Se presentó el reporte de productividad con el número de pacientes atendidos durante dos años de trabajo, casos clínicos presentados, el desarrollo de otros materiales psicoeducativos y por último se concluyó con un análisis de las competencias profesionales alcanzadas.

Finalmente se describen las referencias y los anexos, donde se puede ubicar el Manual del programa psicoeducativo desarrollado *ex profeso*.

CAPÍTULO 1

Generalidades del cáncer cervicouterino

En los últimos años el cáncer como enfermedad crónico-degenerativa representa uno de los retos más significativos para el sector salud a nivel nacional e internacional. En México a partir del año 2014 el cáncer se posicionó como la tercera causa de muerte en el país, únicamente por debajo de las enfermedades cardíacas y la diabetes mellitus. Tipos de cáncer como próstata, pulmón y estómago son los que más afectan al género masculino, mientras que mama y cáncer de cuello uterino (CaCu), constituyen los principales responsables de las defunciones en población femenina (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Específicamente, de acuerdo con estadísticas de la OMS (2019) y la SSa (2015), el CaCu es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial, la cuarta más frecuente entre las mujeres, y la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina. Es por ello que, el objetivo del presente capítulo consiste en describir las generalidades de este tipo de cáncer en cuanto a anatomía, epidemiología nacional e internacional, etiología, síntomas, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico.

Anatomía

El aparato reproductor femenino está constituido por ovarios, trompas de falopio, útero, cuello uterino y vagina como se observa en la Figura 1. El cérvix o cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. Mide unos 3-4 cm de longitud, aunque varía según la edad, número de partos e inicio del ciclo menstrual. Se divide en dos partes. La más cercana al cuerpo uterino se llama endocérvix y se encuentra cubierto por un epitelio cilíndrico productor de moco y la más cercana a la vagina es el exocérvix la cual se encuentra cubierta por un epitelio plano.

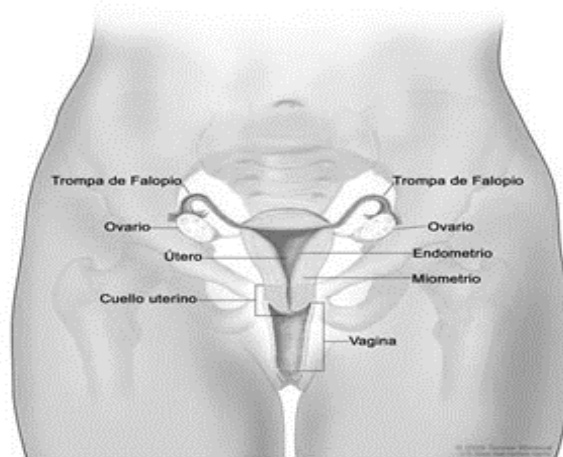


Figura 1. Aparato reproductor femenino. Adaptado de Cáncer de cervix [Fotografía], por L. Sánchez, 2020, *Sociedad Española de Oncología Médica*, <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>

Inicialmente, el CaCu se manifiesta a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, con evolución hacia el cáncer en grado variable, por ello, se enfatiza la detección en fases tempranas y oportunas (Espinosa, Arreola, Velázquez, & Rodríguez, 2014).

Epidemiología y prevalencia

A nivel mundial, el CaCu es la cuarta causa de incidencia y mortalidad general por cáncer en mujeres, únicamente por debajo del cáncer de pulmón, cáncer de mama y cáncer colorrectal (OMS, 2018). De acuerdo con cálculos recientes de la OMS (2020) en el año 2018 se presentaron 570 000 nuevos casos, que representaron 7.5% de la mortalidad femenina por cáncer.

Algunos especialistas y la máxima autoridad en salud refieren que este tipo de cáncer afecta a mujeres con desventaja económica, social y cultural, donde un 85% de los casos se producen en las regiones menos desarrolladas (Espinosa, et al., 2014; Hernández, Apresa, & Patlán, 2015 ; OMS, 2020; Torres, 2014). Cálculos recientes han estimado que cada 2 horas muere una mujer por esta neoplasia en el mundo (OMS, 2020).

Concretamente, México ocupa el 13° lugar en incidencia a nivel mundial según OMS (2018) y se calcula que diariamente fallecen entre 11 y 13 pacientes por esta causa. En 2013, en el grupo específico de mujeres > 25 años, se registraron 3 771 defunciones. Las entidades del país con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos, Chiapas, Veracruz, Sonora, Quintana roo y Baja California (SSa, 2015). Se ha indicado que el CaCu es prevenible si se detecta a tiempo aplicando las medidas oportunas de control (Hernandez et. al., 2015; OMS, 2020).

A continuación, se puntualizan los principales factores de riesgo de esta enfermedad.

Factores de riesgo

Dentro de los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo del CaCu, se encuentra la infección por virus de papiloma humano (VPH), que actúa como una causa, aunque no suficiente para el desarrollo de la enfermedad (OMS, 2019; SSa, 2015). Los VPH son un grupo de virus muy comunes en todo el mundo, existen más de 100 tipos, de los que al menos 14 son oncógenos (también conocidos como de alto riesgo). Se transmiten principalmente por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su vida sexual. Dos tipos de VPH (16 y 18) son los causantes del 70% de este cáncer y de las lesiones precancerosas del cuello del útero (OMS, 2019).

Aunque, la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, se corre el riesgo de que las infecciones por VPH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia CaCu.

En la Figura 2 se muestran los estados transitorios de la infección por VPH y del cáncer de cérvix.

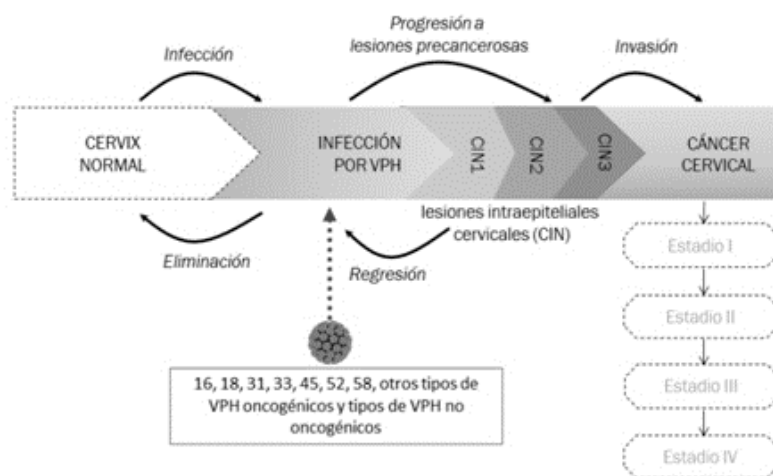


Figura 2. Historia natural de infección por VPH y CaCu. Adaptado de Cáncer de cervix [Fotografía], por L. Sánchez, 2020, *Sociedad Española de Oncología Médica*, <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>

En mujeres con un sistema inmunitario normal el CaCu tarda 15 a 20 años en desarrollarse, pero en mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las infectadas por VIH no tratadas, pueden bastar de 5 a 10 años (Sánchez, 2019; SSa, 2015 ; OMS, 2019). Es principalmente por esta razón que la distribución de los casos en México muestra un incremento a partir de los 35 años de edad, siendo el grupo de 50 a 59 años quien registra mayor presencia con alrededor del 30% de todos los casos (SSa, 2015).

Además del VPH, se ha identificado que el tabaquismo es otro factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer. De acuerdo con la American Cancer Society (ACS, 2020) las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino.

Otro factor de riesgo en esta población es un sistema inmune débil. El sistema inmunitario es necesario para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. Aquellas mujeres que reciben medicamentos para suprimir sus

respuestas inmunitarias, o aquellas que han tenido un trasplante de órgano son otro grupo en riesgo (ACS, 2020).

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2020) señala que en estudios de casos y controles que se han realizado a mujeres VPH positivas, identificaron una asociación de CaCu invasivo con factores como paridad, uso de anticonceptivos orales por más de cinco años y desnutrición. Aunque también la edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y otras características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer VPH.

Por otra parte, el incremento de la edad, carga viral elevada, edad temprana al inicio de la vida sexual y nivel socioeconómico bajo se han asociado con un mayor riesgo de enfermedad en mujeres VPH positivas (ACS, 2020; SSa, 2015).

Síntomas

La sintomatología relacionada con el CaCu en etapas iniciales es prácticamente nula, sin embargo, algunos datos clínicos dependiendo la etapa se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Etapas y síntomas de cáncer de cuello uterino

Etapas tempranas	Etapas avanzadas
Sangrado genital anómalo (irregular/intermitente).	Dolor pélvico o lumbar. Molestias al orinar (disuria) o tenesmo rectal. Sangrado ginecológico tras la menopausia.
Sangrado tras relaciones sexuales o durante el examen ginecológico.	Dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia). Sangre en la orina o sangre en las heces.
Flujo maloliente, es muy inespecífico, pero puede ser indicativo de vaginitis o cervicitis.	Pérdida de peso, cansancio y pérdida de apetito. Edema de una o ambas piernas sin otras causas que lo justifiquen.

Nota: Adaptado de “Cáncer cervicouterino; la importancia para el médico general” por F. Rico, M. Barra, R. Martínez y R. Santiago, 2009, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 8, 127-131.

En ocasiones se presentan datos clínicos muy parecidos a cuadros de infecciones cervicovaginales caracterizadas por: flujo vaginal, disuria, prurito genital y dispareunia, aunque el mayor porcentaje de las pacientes no presentan síntomas (Canonni & Borquéz, 2011; Rico, Barra, Martínez, & Santiago, 2009).

En el caso de lesiones invasoras iniciales, el dato pivote reportado es la presencia de sangrado transvaginal anormal, posterior al coito y la mayoría de las veces sangrado indoloro. En lesiones avanzadas existen manifestaciones clínicas generalmente secundarias a crecimiento tumoral, o bien, secundarias a invasiones o diseminación extra pélvica de la lesión, linfedema de extremidades inferiores, datos clínicos de insuficiencia renal crónica, así como datos de bajo gasto cardiaco secundario a cuadros de anemia crónica (Chavaro, Arroyo, & Alcázar, 2009; Sánchez, 2019; Torres, 2014).

Diagnóstico

De acuerdo con la American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2018) las siete pruebas diagnósticas para el CaCu son:

- Antecedentes y examen físico.
- Examen pélvico.
- Estudio citológico del cuello uterino (*Papanicolau*).
- Prueba del VPH.
- Legrado endocervical.
- Colposcopia.
- Biopsia.

El CaCu puede sospecharse durante un examen ginecológico de rutina en mujeres con:

- Lesiones cervicales visibles
- Prueba de Papanicolau de rutina anormal
- Sangrado vaginal anormal

Existen dos tipos principales de CaCu, que llevan el nombre por el tipo de célula donde comenzó el cáncer. Otros tipos son pocos frecuentes.

El carcinoma de células escamosas constituye aproximadamente del 80 % al 90 % de todos los tipos de cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer comienza en las células de la superficie exterior que lo recubre (ASCO, 2018).

El adenocarcinoma constituye aproximadamente del 10 % al 20 % de todos los tipos de cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer comienza en las células glandulares que recubren la parte baja del canal de parto.

Las células escamosas y glandulares se unen en la abertura del cuello uterino, en la unión escamocolumnar, zona de transformación, lugar donde se originan la mayoría de los cánceres de cuello uterino (ASCO, 2018).

Tratamiento y pronóstico

Clinicamente, es útil conocer el estado en el que se encuentra el cáncer, para establecer el tratamiento y su pronóstico. Dicha estadificación permite conocer su tamaño, posición, diseminación y la presencia de metástasis distantes. En el caso del CaCu, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha establecido su sistema de estadificación y se le identifica como FIGO, siglas que corresponden a las iniciales de dicha federación. En el sistema mencionado se establecen estadios o etapas las cuales van del I al IV (European Society for Medical Oncology [ESMO], 2018). Esta es la forma en la que el medico especialista determina el avance o evolución del cáncer, donde, mientras más bajo sea el estadio mejor sera el pronóstico.

No obstante, hay otro sistema que se utiliza junto con el sistema FIGO para estadificar el CaCu, este es el sistema Tumor, Ganglios, Metástasis (TNM, por sus siglas en inglés), el cual toma en consideración lo siguiente:

- La dimensión del cáncer, o el tamaño del tumor (T)
- Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos (N)
- Si se ha diseminado a sitios distantes, lo que se conoce como metástasis (M)

Pero, si se ha realizado una biopsia tumoral, se enviará al laboratorio para la realización de pruebas histológicas de subtipo, con el fin de determinar el subtipo de cáncer.

Donde el tratamiento dependerá del tamaño, localización y estadio del tumor, así como del estado general de salud y estado físico de la paciente.

El tratamiento implica por lo regular la resección quirúrgica para la enfermedad en estadios iniciales o radioterapia más quimioterapia para la enfermedad localmente avanzada. Si el cáncer presenta ya metástasis, a menudo se usa quimioterapia sola (Chavaro et al., 2009; Montalvo, 2011; Ramírez, 2017).

Referente al pronóstico y sobrevida a continuación se señala la estadística correspondiente a cada etapa a cinco años en el caso de los carcinomas epidermoides. Las tasas de supervivencia a 5 años son las que se observan en la Tabla 2.

Tabla 2

Tasas de supervivencia con cáncer cérvicouterino a cinco años de acuerdo con el estadio

Estadio	Porcentaje de supervivencia
I	80 a 90%
II	60 a 75%
III	30 a 40%
IV	0 a 15%

Nota: Adaptado de “¿Qué es el cáncer de cuello uterino? Déjenos responder a algunas de sus preguntas”, por European Society for Medical Oncology, 2018, *Kstorfin Medical Communications*, 1, 7-17.

En el carcinoma epidermoide (el tipo CaCu más frecuente), las metástasis a distancia en general aparecen sólo cuando el cáncer es avanzado o recidivado. Cerca del 80% de las recidivas se manifiestan dentro de los 2 años. La quimioterapia es el tratamiento primario, pero sólo del 15 al 25% de las pacientes responden a ella (ASCO, 2018; ESMO, 2018; Montalvo, 2011).

Algunos de los factores pronósticos para el CaCu son:

- Compromiso de los ganglios linfáticos
- Gran tamaño y volumen del tumor
- Invasión profunda del estroma cervical
- Invasión parametrial
- Invasión de espacio vascular
- Histología no epidermoide

Finalmente, una vez descrito el panorama global del CaCu y su manejo desde la esfera médica, en el próximo apartado se desarrollan los aspectos psicosociales por los que pasa una persona al ser diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa como lo es el cáncer en primera instancia, para posteriormente pasar a las particularidades de los aspectos psicológicos por los que atraviesan mujeres diagnosticadas con CaCu.

Capítulo 2

Cáncer cervicouterino y Salud psicológica

Cuando una persona presenta pérdida de certeza, desconocimiento, inestabilidad del estado emocional, pérdida de independencia, cambio de perspectiva en el futuro y amenaza constante de una posible muerte, evidentemente el bienestar psicológico se ve comprometido. Todas las condiciones anteriores e incluso otras no mencionadas, son situaciones que pueden llegar a experimentar las personas diagnosticadas con cáncer.

El paciente oncológico puede experimentar muchas pérdidas en un periodo muy breve, a nivel personal, familiar, profesional, escolar y de roles, alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autonomía, entre otras, lo cual hace necesaria una atención especializada e integrada, que ayude tanto al paciente como a los familiares a afrontar los problemas, y en casos más favorables, a aceptarlos (Consejo General de la Psicología en España, 2019).

Por ello, es cada vez más amplia la bibliografía que reporta la necesidad de un cambio en el modelo de atención en las instituciones de salud que se dedica a vigilar a esta población, donde la incorporación de un profesional competente a estos requerimientos emocionales del paciente oncológico y de sus familiares sea realizado desde una visión bio-psico-social, (Asociación Española Contra el Cáncer, 2019).

En este tenor, disciplinas como la psicología, y sus especializaciones como psicología de la salud y medicina conductual, conciben al cáncer como enfermedad, que no solo abarca síntomas físicos, sino problemas que afectan la manera de enfrentar las relaciones interpersonales, sociales, económicas y laborales. De acuerdo con Cabrera, López, López y Arredondo (2017) las reacciones ante un diagnóstico de cáncer son diversas y pueden estar mediadas por rasgos de personalidad, apoyo social, recursos de afrontamiento, situación económica y tipo de cáncer, por ello, es necesario contar con un psicólogo de la salud en estos contextos y situaciones, para coadyuvar en el impacto de una noticia de este tipo.

La literatura científica ha evidenciado en numerosas ocasiones que el malestar emocional en estos pacientes y en sus familiares es muy elevado desde el inicio hasta el final de los tratamientos médicos (Hernández, Cruzado & Arana, 2007; Consejo General de la Psicología en España, 2019; Fernández, Martín, Sánchez, & Bejar, 2016).

Se ha evidenciado que la presencia de alteraciones emocionales, sobre todo de ansiedad y depresión en personas con cáncer, oscila entre 5% y 60 % de la población oncológica (Consejo General de Psicología en España, 2019). Al hacer una comparación de la prevalencia de la depresión en la población normal, es un porcentaje elevado. Se destaca que la presencia de depresión puede influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad.

Hernández, Cruzado y Arana (2007) indicaron que los seis momentos en los que las pacientes deber recibir apoyo debido al malestar, son los siguientes:

- En el momento del diagnóstico.
- Al comienzo del tratamiento (cirugía, radiación, quimioterapia).
- Al final de un ciclo largo de tratamiento.
- Durante el postratamiento y la remisión.
- En el momento de la recidiva.
- En la transición a los cuidados paliativos.

Asimismo, se ha identificado que la atención psicológica en esta población, específicamente las terapias psicológicas y los tratamientos psicosociales influyen de manera positiva en la calidad de vida de población oncológica, el enfoque con mayor con rigor metodológico y por tanto, evidencia científica, es la terapia cognitivo conductual (TCC). De acuerdo con Galindo et al. (2013) los objetivos de la TCC en la atención de las personas diagnosticadas con cáncer se dividen en dos grandes grupos:

1) Abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento y periodo de seguimiento.

2) Manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual.

Es de suma importancia identificar que las necesidades no solo físicas sino también psicológicas de estos pacientes estarán en cambio constante, por ejemplo, Cabrera et al., (2017) identificaron variaciones en las necesidades de atención psicológica por tipo de tumor presentado.

En el caso de pacientes con cáncer de próstata encontraron que era fundamental trabajar una masculinidad amenazada y una serie de creencias erróneas ligadas a sentimientos de vergüenza y discusiones sobre el diagnóstico, también, la falta de honestidad con uno mismo y/o su médico y el temor de pedir ayuda, además de varias conductas evitativas que llegaban a entorpecer el tratamiento.

En el caso de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se puntualizó la adaptación a una nueva imagen al verse afectada la cara o la voz, así como funciones vitales como la digestiva, la deglución y la respiración, situación que provoca elevado nivel de ansiedad.

En las pacientes con cáncer de mama se señala que la calidad de vida disminuye, debido a que la imagen corporal se ve afectada por cuestiones culturales, atentando a la feminidad y la autoestima. Observando una desadaptación en la cotidianidad individual, de pareja en específico y social en general (Cabrera et al., 2017) e incluso expresan sus emociones negativamente y están insatisfechas con sus relaciones sociales (González-Hernández, Roldán-Ocampo, Bautista-Díaz, Reyes-Jarquín, & Romero-Palencia, 2020), lo que se puede convertir en un ciclo vicioso, afectando las defensas de las pacientes y complicando el tratamiento de la enfermedad.

Dado que los fines particulares de este trabajo no son profundizar en todos los problemas a nivel psicológico que puede llegar a presentar la población oncológica, se procederá a plantear un panorama general de los dos más frecuentes de acuerdo con la literatura y a la experiencia clínica llevada en el Hospital Juárez de México, los cuales fueron: ansiedad y depresión.

Ansiedad

La ansiedad en el paciente oncológico varía en cuanto a su prevalencia dependiendo de los instrumentos de medida utilizados para su evaluación, se presentan diferentes estadísticas que varían de acuerdo al instrumento, población, etapa e institución realizadas. Sin embargo, la mayoría de las mediciones coinciden en que la ansiedad se incrementa a medida que la enfermedad avanza y la expectativa de vida disminuye. La ansiedad es una reacción humana normal ante situaciones estresantes, cuya finalidad es adaptar y mejorar el rendimiento del individuo (ASCO, 2019).

Toda persona experimenta ansiedad de forma normal en algún momento de su vida cotidiana ante situaciones de incertidumbre; el problema surge cuando esa ansiedad normal y adaptativa aparece ante un peligro que no es real, o bien, cuando su intensidad y duración son muy superiores con relación a la causa que la originó.

La American Psychological Association (APA, 2014) puntualiza que la aparición de determinados síntomas, tales como miedo extremo, sensación de ahogo, taquicardias, insomnio, náuseas, temblores y mareos, es común en los trastornos de ansiedad. En cuanto a la edad de aparición de problemas relacionados a la ansiedad, indica que, si bien pueden comenzar en cualquier momento, suelen iniciarse en la adolescencia o al inicio de la etapa adulta.

Asimismo, señala la existencia de evidencia que apunta al papel que juegan tanto la genética como las experiencias de aprendizaje tempranas dentro de las familias, en el incremento de la probabilidad y el riesgo de aparición de alguno de estos trastornos. Dado lo anterior, la asociación subraya la importancia de la intervención temprana, para evitar consecuencias más graves.

Hablando de cáncer, de acuerdo con investigaciones realizadas por Maté, Hollenstein, y Gil (2004) resulta fundamental una evaluación amplia que permita identificar si el problema de ansiedad proviene de la enfermedad médica, de la medicación, del tratamiento (quimio/radioterapia), o a sus consecuencias como las náuseas y vómitos condicionados o se debe al consumo o abstención de sustancias como la nicotina o el alcohol.

En la Tabla 3 se señalan los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna alteración de ansiedad durante el tratamiento oncológico.

Tabla 3

Factores de riesgo de ansiedad en pacientes con cáncer

Historia previa de trastornos de ansiedad
Dolor severo y ansiedad en el momento de diagnóstico
Limitación funcional
Escaso apoyo social
Enfermedad avanzada y haber padecido una experiencia traumática
Comunicación con la familia

Nota: Adaptado de “Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico” por J. Maté, M. Hollenstein, y M., Gil, 2004, *Psicooncología*, 1(2), 211 - 230.

Siguiendo a Stark et al. (2002) como se citó en Pérez, Martínez, Estapé y Pérez (2018) la ansiedad debe considerarse patológica (maladaptativa o mórbida) cuando ocurren los siguientes cuatro puntos:

1. El nivel de percepción de amenaza sea desproporcionado.
2. La ansiedad persista y produzca un deterioro significativo en la persona.
3. El nivel de sintomatología sea desproporcionado con base a la amenaza percibida (por ejemplo, ataques de pánico recurrentes, sintomatología física severa, creencias anormales de muerte repentina/súbita).
4. Cuando el paciente pierde funcionalidad y esta interfiere en el funcionamiento cotidiano.

Una mayor intensidad o duración de la ansiedad en cáncer contribuye a que:

- El paciente no tome decisiones (bloqueo), o no sean las adecuadas acerca de su tratamiento,
- No asimile o comprenda la información útil que le da su médico.

Todo ello contribuye a un peor ajuste global de la enfermedad y en general a una peor calidad de vida del paciente (Stark et al., 2002 como se citó en Pérez et al., 2018).

Depresión

De acuerdo con la OMS (2019) la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Esta se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.

Autores como Beck et al. (2005) describen que existen tres patrones cognitivos presentes en el trastorno de depresión: triada cognitiva, esquemas cognitivos y errores en el procesamiento de la información. Dichos autores describen la triada cognitiva con base en tres principios: percepción negativa acerca de sí mismo, percepción negativa de todo aquello que se experimenta o rodea y, en tercer lugar, una idea constante sobre un futuro desesperanzador.

La depresión es la alteración emocional más frecuente en las personas con diagnóstico de cáncer. En ese sentido el identificar el componente cognitivo dentro del tratamiento psicológico del paciente oncológico ayuda a afinar la evaluación de conductas o comportamientos que parecieran no ser tan claros por ser confundidos como efectos secundarios de los tratamientos médicos. En la Tabla 4 se señalan los factores más significativos que influyen en la depresión del paciente oncológico.

Tabla 4

Factores de riesgo de depresión en pacientes con cáncer

Tipo y la severidad de la enfermedad
Tipo de cirugía
Régimen de quimioterapia aplicado
Tipo de tratamiento
Apoyo social que la persona mantiene

Nota: Adaptado de “Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico” por J. Maté, M. Hollenstein, y M., Gil, 2004, *Psicooncología*, 1(2), 211 - 230.

Es identificado que la depresión es el trastorno que más demanda la atención de las unidades de psicooncología debido a dos razones fundamentales. Por un lado, por su elevada prevalencia y, por otro, por los efectos negativos que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y sobre el propio desarrollo de la enfermedad neoplásica. La depresión en el paciente con cáncer disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en enfermedad avanzada (ASCO, 2019).

Teniendo en cuenta la influencia de depresión en la evolución de la enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en población oncológica desde una visión psicológica (Pousa et al., 2015). En ese sentido, los modelos de tratamientos en psicoterapia pueden, en líneas generales, clasificarse en tres grandes grupos: el abordaje individual de tratamiento, el formato de tratamiento grupal y el tratamiento de terapia de familia o de pareja. La elección de modalidad dependerá de factores individuales, contextuales y de recursos institucionales.

Una vez descrito el panorama global de las personas diagnosticadas con cáncer y los dos problemas psicológicos más frecuentes, en el siguiente apartado se desarrollarán las particularidades psicológicas por las que llegan a pasar mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino y cuál es el tratamiento desde la psicología científica.

Implicaciones psicológicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino

La psicología de la salud específicamente la Medicina Conductual, contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer cervicouterino promoviendo la relación no solo entre el bienestar físico, sino también psicológico y social a nivel de: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Matarazzo, 1987 como se citó en Cerezo & Hurtado, 2011). Sin embargo, y pese a los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de estas pacientes de acuerdo con Zabalegui, Sánchez, y Juando (2005), el carácter crónico de la enfermedad origina modificaciones constantes en su estilo de vida presentándose un elevado grado de malestar psicológico caracterizado por incertidumbre, miedo, ansiedad, y depresión.

De acuerdo con Cabrera et al. (2017) las pacientes con CaCu tienen una leve tendencia a verse más afectadas psicológicamente que los pacientes que sufren otros tipos de cáncer. Pues se ha descrito que en pacientes con esta enfermedad puede aparecer desorientación, incertidumbre, pánico, confusión, angustia, rabia, desesperación, entre otras reacciones, por percibir disminuida su salud y amenazadas sus vidas.

En un estudio realizado por Zabalegui, Sánchez y Juando (2005) quienes combinaron y analizaron los resultados de 43 investigaciones en esta área, se demostró que la depresión aparece con una frecuencia del 14 % y la ansiedad en un 29 % aproximadamente.

Compararon a sobrevivientes y sus parejas a largo plazo y se encontró que el 26.7 % de sobrevivientes y el 26.3 % de sus cónyuges presentaban depresión, mientras el 28 % de sobrevivientes a largo plazo y el 40.1 % de sus cónyuges tenían ansiedad. Estadísticas que justificarían las intervenciones a nivel familiar y de pareja en esta población (Zabalegui, Sánchez & Juando, 2005).

Estos problemas psicológicos son ocasionados tanto por las molestias físicas como por la concepción del diagnóstico como un evento catastrófico ligado a la idea de muerte, abandono, incapacidad, dependencia y deterioro de las relaciones interpersonales. En un estudio descriptivo trasversal cuyo objetivo perseguía evaluar la calidad de vida de mujeres colombianas con diagnóstico de cáncer cérvicouterino, se identificó que la dimensión emocional y psicológica fue de las más afectadas ya que 31.2% de las mujeres manifestaron

sentirse nerviosas, 47.1% preocupadas y 30.2% deprimidas al momento de la evaluación (Zabalegui, Sánchez & Juando, 2005)

Conceptualizando a la enfermedad por etapas, de acuerdo con Muñoz y Vázquez (2010) se ha identificado que tanto la etapa diagnóstica e inicial del tratamiento son consideradas como de las más impactantes y generadoras de mayor malestar. En investigaciones realizadas, las evaluaciones registran que ante el diagnóstico del cáncer la primera respuesta psicológica es la ansiedad, ya que la mayoría de los pacientes pueden sentirse abrumadas por el cambio que van a experimentar en su vida y por la posibilidad de la muerte. Posteriormente, la depresión tiende a aparecer habitualmente de forma retardada debido a que debe pasar cierto tiempo hasta que los individuos comprenden las implicaciones de su condición de enfermos crónicos (García, Martínez & Cáceres, 2001).

Por su parte Montes, Mullins y Urrutia (2006) señalan que uno de los factores que influye en los problemas psicológicos en estas pacientes son los años libres de enfermedad a los que se enfrentan (ocasionados por la detección temprana, la efectividad y disponibilidad de los tratamientos médicos actuales) lo que permite una mayor cantidad de años de vida, que no necesariamente se traducen en años de calidad, sino muchas veces en padecer las secuelas de la enfermedad oncológica.

Pues como lo señala Bover (2015) los síntomas causan dolor o sangrado, la quimioterapia provoca la pérdida de cabello, náuseas, vomito, debilidad, la radioterapia produce fibrosis, el deseo sexual disminuye, durante el tratamiento pueden reaparecer infecciones vaginales, estos factores funcionan en todo momento como variables moduladoras en la duración e intensidad de la depresión y ansiedad, por lo que el psicólogo especialista en el campo no debe perderlas de vista.

Por su parte Dieperink, Sigaard, Larsen y Mikkelsen (como se citó en ESMO, 2018) puntualizan otros efectos secundarios físicos relacionados a la radioterapia pélvica, como lo son: cicatrices en el revestimiento del intestino grueso y debilidad en los músculos rectales, lo que provoca a largo plazo la aparición de síntomas intestinales como diarrea, estreñimiento, incontinencia o sangrado del recto, también pueden presentarse dificultades en el tracto urinario, linfedema hasta uno o dos años después del tratamiento y problemas de imagen corporal y sexuales hasta cinco años después.

Algunas otras dificultades de los tratamientos de la radioterapia a largo plazo son: cambios permanentes en la piel, dificultad para controlar intestinos y vejiga, dolor crónico y sofocos, así como los tatuajes permanentes realizados en el área vuvlar, elementos que impactan en la feminidad e imagen corporal (Cabrera et al., 2017).

En cuanto a problemas de índole sexual el estrechamiento y el acortamiento de la vagina debido a las cicatrices de la radioterapia, combinados con la sequedad vaginal, el dolor y el sangrado durante o después de las relaciones sexuales, pueden provocar una falta de deseo incluso tiempo después de que el tratamiento se haya completado. Otro escenario complicado para estas pacientes resulta ser la cirugía radical para extirpar el tumor, donde el intestino y/o la vejiga pueden resultar dañados, y ello implicar el uso de una estoma permanente (Khalil, Bellefqih, & Sahli, 2015, como se citó en ESMO, 2015).

Finalmente, el monitoreo de estas pacientes en cuanto a sintomatología psicológica es valiosa debido a que trastornos del estado de ánimo como: estrés, depresión, ansiedad, problemas en la imagen corporal y el miedo a la recidiva, se pueden presentar incluso cuando los tratamientos han terminado y la enfermedad oncológica se ha superado (Pfaendler, Wenzel, Mechanic, & Penner, 2015 como se citó en ESMO, 2015).

Con esta contextualización se puede identificar que la atención del paciente oncológico desde la esfera psicológica no es un lujo, sino una necesidad y un derecho de las pacientes, tanto a nivel individual como familiar, ya que, afecta de manera significativa, no sólo la dimensión biológica, sino también la psicológica y la social, por lo que intervenciones oportunas pueden coadyuvar a mejorar el bienestar general y la calidad de vida de las mujeres afectadas con esta enfermedad y contribuir a una atención más completa e integral con una aproximación interdisciplinaria.

En el siguiente capítulo se describe brevemente un campo de especialización de la psicología de la salud -la medicina conductual-, qué es la educación en salud y algunos medios para su implementación.

Capítulo 3

Medicina conductual y educación para la salud

El rol que la conducta cumple dentro de los problemas más serios de salud se ha convertido en un reto para el modelo médico tradicional, el cual considera a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico.

Como resultado de esta creencia de acuerdo con Moscoso (1994) "...la comunidad científica médica y psicológica ha mostrado un creciente interés en un modelo mucho más amplio de salud y enfermedad el cual involucra variables psicológicas, sociales y su interacción" (p. 50).

Este es el modelo Biopsicosocial (Engel, 1977), el cual toma en consideración el sistema de creencias tanto del médico como del paciente en relación a la enfermedad y el rol que la conducta del paciente cumple dentro del desarrollo de ésta.

En ese sentido la Psicología de la salud es entendida como el conocimiento científico, profesional y educacional de la psicología que contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y correlación diagnóstica de salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980). Mientras la Medicina conductual ha sido definida como la integración de técnicas de la ciencia conductual con procedimientos y conocimiento biomédico (Schwartz & Weiss, 1978).

En la medida en que estas disciplinas han evolucionado, la distinción entre una y la otra es de menor importancia. Donde el interés de ambas está centrado en aspectos prácticos y áreas de convergencia comunes tales como: la educación en salud (Taylor, 1987).

Educación para la salud y psicoeducación

La educación en salud de acuerdo con la OMS (2012) y la OPS (1984) es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, la cual está orientada a dar capacitación a los pacientes y

familiares con el objetivo último que puedan identificar sus problemas y así pongan en marcha acciones y recursos que les permitan solucionarlos.

Según Moura et al., (2017) la educación en salud favorece un intercambio entre las creencias populares y conocimientos científicos, reconstruyendo significados y actitudes relacionadas a la salud y bienestar de las personas. La función de la educación para la salud en palabras textuales por OMS (2012) implica, “fomentar la motivación, habilidades y confianza (autoeficacia) necesaria para tomar acción y mejorar la salud... la comunicación de información concerniente a condiciones sociales, económicas y condiciones ambientales, así como factores de riesgo individuales y comportamientos de riesgo" (OMS, 2012, p. 13).

El constante avance en el proceso del trabajo del personal de salud estimula la construcción de tecnologías dirigidas a sistematizar y tornar más efectiva su actuación. Por ello, el desarrollo de tecnologías de la salud con la finalidad de suministrar orientaciones necesarias para el control de los efectos adversos y muchas complicaciones de enfermedades como el cáncer es tan significativo hoy en día (OMS, 2012).

La educación para la salud es la base conceptual de una aproximación metodológica desarrollada durante los últimos 30 años y que hasta hoy se conoce como “psicoeducación”, técnica ampliamente utilizada tanto en psiquiatría como en psicología surgida del trabajo con familias de pacientes afectados por esquizofrenia (Correa, 2014).

Acorde con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la técnica de psicoeducación es ampliamente utilizada en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es ideal para problemas de salud como la depresión, ansiedad, estrés, manejo del dolor, carga del cuidador, manejo de rol, problemas de alcoholismo, entre otros, de manera eficaz y con resultados significativos. Es frecuentemente utilizada como tratamiento psicológico inicial de muchas intervenciones, dado su fuerte componente educativo.

La psicoeducación de acuerdo con Cuevas y Moreno (2017) se define como:

Una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, es un proceso en el cual un facilitador (profesional del área de la salud) detalla y resume información científica

actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. (Cuevas & Moreno, 2017, p. 1)

Donde será el paciente quien adquiera habilidades tanto conceptuales como conductuales para hacer frente al padecimiento de una manera más óptima. Esta definición explícitamente puntualiza el ámbito conductual en el proceso educativo y la participación activa del paciente como propio agente de cambio en relación a su padecimiento, lo que implica conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención. Las intervenciones psicológicas que la utilizan como técnica, pretenden mejorar la funcionalidad, la independencia del paciente, y proveer una mejor calidad de vida, en su entorno familiar, social y laboral. También se busca hacer partícipe a los familiares del paciente sobre la enfermedad, para apoyar al tratamiento y tomar decisiones informadas.

En ese sentido mientras en la educación para la salud se puede solamente distribuir información acerca de los factores relacionados con la enfermedad, en un modelo psicoeducativo, la información siempre es complemento de una estrategia de intervención más amplia que busca un cambio a nivel de comportamiento.

Atendiendo a los criterios planteados por (López & Hernández, 2011) los principios del Modelo Psicoeducativo son:

1. Trabajo basado en la creación de una alianza terapéutica
2. Proporciona información acerca de la enfermedad y del manejo al paciente
3. Se orienta a propiciar el soporte del paciente en la comunidad, especialmente en enfermedades graves en un ambiente familiar, laboral y social.
4. Pretende integrar de manera gradual al paciente a su rol familiar, social y vocacional.
5. Se busca lograr continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional tanto para el paciente como para la familia.
6. Tiene diferentes modalidades que va desde la orientación y apoyo familiar, hasta el manejo psicoeducativo comunitario.

7. El tratamiento psicoeducativo se organiza en las cuatro etapas:

- Etapa de involucramiento familiar.
- Etapa de información y orientación en cuanto a la enfermedad.
- Etapa de entrenamiento en la solución de problemas concretos para el manejo en el hogar.
- Etapa de facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.

Aun cuando se tienen claros los principios de la psicoeducación, la implementación de este tipo de atención enfrenta barreras como:

- Difusa definición e implementación de políticas
- Poca provisión de recursos económicos necesarios
- Poca organización de los servicios involucrados
- Poca incorporación de personal especializado

Los programas educativos en salud son recursos por demás valiosos en la solución de algunas limitantes no solo institucionales sino, situacionales referentes a la inmediatez de la atención, a la saturación de los servicios y al pobre acceso de información veraz y fidedigna que tienen los pacientes.

Dentro de la Psicoeducación se incluye la creación y publicación de folletos, videos, guías y manuales que “parten del diagnóstico de las necesidades de los involucrados, para orientar y educarlos sobre maneras más eficaces de actuar ante determinadas problemáticas” (Martínez, Albein, & Munera, 2012, pág. 36).

Estos recursos asumen un valioso papel como una estrategia de soporte para las actividades de proyectos educacionales en salud, considerando que ayudan al individuo a comprender las informaciones que le son transmitidas, además de funcionar como un recurso rápidamente disponible para que el paciente y su familia puedan utilizarlos en su domicilio.

Algunas de las grandes ventajas de los materiales psicoeducativos es que facilitan el aprendizaje del paciente y la difusión de conocimientos, además de uniformizar las orientaciones suministradas por el equipo de salud y favorecer el autocuidado (Becerra, Reynoso, Fernández, & Rumbo, 2013).

Sobre la diversidad de estas herramientas, su diseño, validación y función en el contexto hospitalario, se hablará en el siguiente apartado.

Proceso de diseño y validación de materiales educativos en salud

En el campo de la salud, se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir un rol educativo como parte de sus funciones. Esto se debe a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de los medios y la preparación adecuada para asumir esa responsabilidad. Por lo que un área dentro de la educación para salud y la psicoeducación es la elaboración de materiales educativos (Rascón., Hernández, Casanova., Alcántara, & Sampredo, 2013).

Dentro de los materiales educativos se encuentran afiches, láminas, pancartas, infografías, manuales, rotafolios, pizarrón, fotografías, diapositivas, transparencias, murales, collages, mapas, croquis, videos, carteleras, etc.

De acuerdo con Costa, Venícios y Carvalho (2014) el material educativo impreso es ideal para mejorar el conocimiento, la satisfacción, la adherencia al tratamiento y el autocuidado de pacientes. Ha sido recomendado (bajo la redacción de profesionales de la salud) como herramienta complementaria a las orientaciones verbales. Aparte del impacto positivo en la educación de pacientes, estos materiales son capaces de ayudar a responder preguntas que puedan ocurrir cuando no se está interactuando con el profesional de la salud.

Otros beneficios de los materiales psicoeducativos, es la fácil comprensión del lector sobre beneficios versus complicaciones, cuidados en la recuperación, entre otros. Por tanto, es necesario que la información llegue de manera adecuada al binomio paciente/familia, lo que crea la necesidad de soportar las intervenciones educativas con materiales de calidad, que el paciente pueda comprender (Correa, 2014).

En cuanto a forma, algunos criterios generales para el diseño y utilización de materiales educativos relevantes propuestos por la OPS (1984) son:

1. Formar parte de un programa educativo.

Este punto se refiere a que el producto no debe producirse aisladamente, sino que debe obedecer a una intencionalidad educativa y a una necesidad, respondiendo a sus objetivos.

2. Relacionado con un sistema de prestación de servicios.

No se debe crear una demanda que la propia disponibilidad de servicios no pueda satisfacer.

3. Relevancia.

Debe referirse a situaciones de la vida diaria y estar relacionado con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad. La información que se proporciona debe ser significativa, útil y relevante para alcanzar los objetivos planteados.

4. Complementariedad.

Los materiales deben ser mutuamente complementarios. Cuando un contenido educativo o mensaje se presenta a la población a través de diversos medios aumenta la posibilidad de impacto educativo.

5. Participación de la comunidad.

Debe promoverse la implicación de la población en su elaboración, por una parte, adquiere experiencia en participación y avanza en su propio desarrollo personal, por otra su participación favorece la incorporación de valores culturales y tradiciones. Se puede participar en la selección del mensaje, elaboración del material o en su prueba.

6. Cambio periódico.

Una vez logrados los objetivos formulados, el material debe ser reemplazado por otros que apoyen o amplíen el tema para mantener el interés e incrementar paulatinamente los conocimientos.

7. Prueba piloto antes de su elaboración final.

Antes de invertir esfuerzos y recursos en la producción debe valorarse previamente la efectividad del material. Tanto la comunidad como el individuo tienen unas

características lingüísticas, psicológicas sociales y culturales que influyen en la percepción del mensaje y la imagen.

Una problemática en la que coinciden expertos en el tema y a la que se enfrenta esta área de trabajo es que pese a que la producción de materiales educativos en basta, no parece que se hayan establecido normas de calidad y de relevancia para el material en relación a programas educativos y de servicios, sino más bien estos se producen arbitrariamente y sin objetivos educativos claros.

Pues de acuerdo con OPS (1984) hay pocas evidencias de que el material es sometido a pruebas piloto antes de su elaboración final y que su impacto educativo es medido a través de un proceso de evaluación.

Precisamente para lograr cambios conductuales en comportamientos saludables los profesionales de la salud deben preocuparse en utilizar cada vez más instrumentos confiables y válidos para determinada población. Por lo que el conocer los procesos tanto de diseño como de validación de estas herramientas debe formar parte de las competencias del profesional de salud (Buxton, 1999; OMS, 2012; OPS, 1984; Younger, Wittet, Hooks, & Lasher, 2001).

Los materiales educativos impresos son rentables ya que, no requieren de mucho tiempo y no demandan mayores recursos humanos; sin embargo, es necesario que para su elaboración se tome en cuenta la opinión del grupo interdisciplinario para mejorar la calidad asistencial de los pacientes (Becerra et al., 2013). En la Figura 3 se detalla el proceso de la creación del programa psicoeducativo de manera impreso.

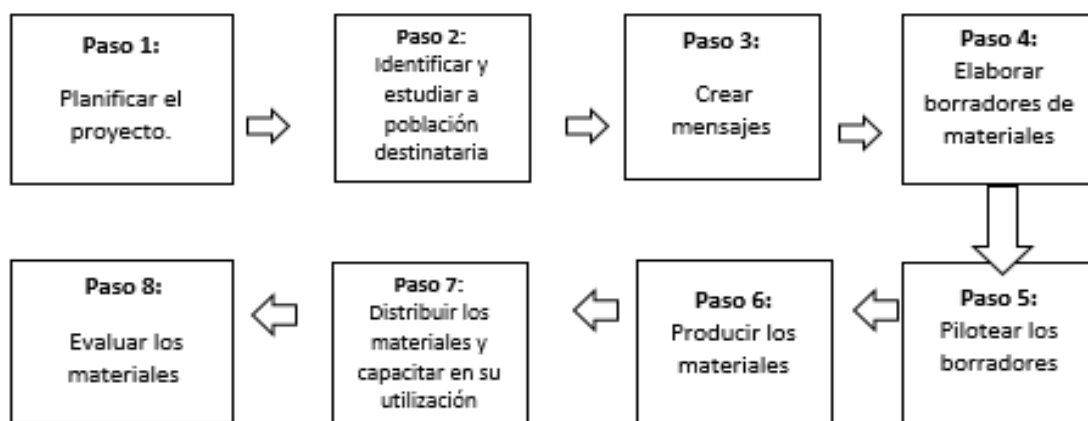


Figura 3. Proceso de diseño y validación de materiales educativos en salud. Elaboración propia.

De acuerdo con Younger et al., (2001) los principales componentes de eficacia de un material educativo son:

- Atracción
- Comprensión
- Involucramiento
- Aceptación
- Acción

Tomando estos componentes, se puede garantizar su eficacia en la salud, aunque rara vez son suficientes para influir en el comportamiento por sí mismos.

En la Tabla 5 se presentan los elementos más significativos en cuanto a contenido que Buxton (1999) ha identificado en materiales de salud impresos para que estos logren ser notados, leídos, entendidos, aceptados, y recordados.

Tabla 5

Recomendaciones para elaboración de materiales educativos en salud de acuerdo con Buxton, (1999)

22 recomendaciones para la elaboración de materiales educativos en salud	
-Los títulos largos suelen ser más efectivos	-Redactar la información en términos de los beneficios personalmente relevantes para el lector
-El primer párrafo necesita comunicar los beneficios que más desea el público y las acciones necesarias para obtenerlos.	-Usar explicaciones simples y analogías claras
-El texto debe ser visualmente fácil de leer, que sea visto y leído sin esfuerzo	-Imágenes y palabras que evocan experiencias, serán mejor recordados que las palabras abstractas
-El uso de citas e historias son interesantes para el lector	-Hacer preguntas que faciliten pensamientos favorables por la persona
-Los subtítulos siempre deben asociarse con imágenes	-Deben ser escritos en segunda persona para transmitir a los lectores que la información es personalmente relevante
-La información debe presentarse de forma familiar para la audiencia, con breve contenido, y fácil de encontrar.	-Organizar conceptos o pasos en grupos de cinco o menos.
	-Colocar puntos de tecla primero o último en listas, secciones y en el material
	Continúa...
-Evitar información muy técnica incluso con audiencias profesionales.	-Promover la participación activa del lector, pedir a los lectores que escriban información, respondan a preguntas abiertas o resuelvan problemas.
-Dividir las tareas en pasos manejables y dar ejemplos de personas que toman estos pasos o ilustren los pasos.	-Pedir a los lectores que realicen actividades específicas para aumentar los ensayos de las conductas meta.
-Dejar el tema de cada párrafo claro para el lector en la primera oración	-Resumir las cinco ideas principales del material al final del mismo para reforzar el contenido revisado.
-Promover pensamientos favorables y cambio de actitudes.	

Nota: Adaptado de “Effective Ways to Improve Health Education Materials” por T. Buxton, 1999, *Journal of Health Education*, 30(1), 47-61.

La atención a los elementos anteriores y la aplicación de otras técnicas y principios descritos mejorará en gran medida la eficacia de los materiales de educación para la salud. Por supuesto, todos los materiales deben ser desarrollados sistemáticamente para desempeñar un papel apropiado y específicamente definido dentro de un programa de educación para la salud bien planeado (Buxton, 1999).

Para finalizar este apartado se toma de referencia las palabras de la OPS (1984) en cuanto al uso correcto de estos recursos:

Los materiales por sí solos no tienen mayor valor. Su valor radica en ser instrumentos que facilitan el proceso educativo. El personal de salud necesita de una formación educativa; así podrá seleccionar el material más apropiado a la comunidad con que trabaja y también sabrá producir material simple, de bajo costo y, lo que es más importante, sabrá utilizarlo para reforzar el impacto de su labor (OPS, 1984, p. 4).

Una vez señalados brevemente los elementos que tienen estas herramientas educativas, se procederá a exponer el desarrollo de investigaciones de validación y diseño de materiales informativos y psicoeducativos en oncología.

Validación de material psicoeducativo en oncología

Dentro de investigaciones en esta área de estudio se encuentra la investigación realizada por Garcia, Chismark, Mosby y Day (2010) quienes desarrollaron y validaron un folleto de educación nutricional que estaba dirigido a cuidadores de niños en el área de oncología de el Salvador, Guatemala y Honduras. El folleto se desarrolló después de una encuesta preliminar de enfermeras de oncología pediátrica en los tres países para evaluar la necesidad de materiales educativos, los niveles de alfabetización de los cuidadores y los hábitos alimentarios locales.

Durante la etapa de desarrollo, un panel de cinco expertos, que incluyeron enfermeras, un nutriólogo y un traductor con experiencia en materiales de educación para pacientes, validaron tanto la precisión de la información presentada como la sensibilidad cultural del folleto. Los resultados se cuantificaron aplicando el índice de validez de contenido (acuerdo entre jueces), considerando un índice mínimo de .80.

Finalmente, las enfermeras expresaron la necesidad de folletos relacionados con la nutrición en los países en desarrollo. El folleto fue validado positivamente por expertos y enfermeras y se ha distribuido a los cuidadores de oncología pediátrica en América Central.

Proenza (2015) elaboró una guía educativa para pacientes con cáncer de cabeza y cuello en etapa diagnóstica. En la investigación se resalta la importancia de centrarse en las necesidades informativas de los pacientes y encontraron que las más significativas fueron alrededor de temas como: profundización en las características de la enfermedad y conocimiento sobre el tratamiento; habilidades para el cuidado, nutrición, higiene y sueño; estrategias para el apoyo emocional y el manejo del afrontamiento al dolor. En esta investigación se incorporaron también las necesidades psicoeducativas desde la perspectiva de los profesionales y los propios cuidadores principales, encontrando relevantes temas como: características de la enfermedad; las habilidades para el cuidado; las formas de ofrecer apoyo psicológico y otros aspectos relacionados con la ayuda psicológica al cuidador principal.

Esta investigación se desarrolló bajo un paradigma de investigación cuantitativo; con un diseño no experimental y un tipo de estudio descriptivo y transversal. Se desarrollaron dos etapas en la investigación, la primera asociada a la determinación de necesidades psicoeducativas desde los cuidadores principales y los especialistas. Posteriormente se diseñó la Guía Psicoeducativa y se sometió a valoración por usuarios y profesionales.

Los participantes del estudio se seleccionaron mediante un muestreo incidental, interactuando con 30 cuidadores principales y 15 profesionales en la primera etapa de trabajo, mientras que para la valoración de la Guía se incorporaron 17 profesionales y 27 cuidadores principales. Se optó por la aplicación de un cuestionario, seguido de una entrevista retest. Los datos se analizaron con un procesamiento estadístico de los mismos, a través del Test de Friedman y Wilcoxon. El diseño obtenido tuvo consenso de usuarios y profesionales según sus resultados y la valoración satisfactoria emitida. Finalmente, y ante la necesidad de extender la información se recomendó ampliar la guía o complementarla con información relacionada específicamente hacia el cuidado del cuidador.

En la misma línea Cruz, Ferreira, Vasques, Mata y Reis (2016) validaron el contenido y la apariencia de un manual educativo dirigido a pacientes con cáncer de cabeza y cuello, sometidos a radioterapia. Basados en la teoría clásica de los test, se validó el contenido del manual psicoeducativo por 15 expertos en el área y por dos profesionales de letras y publicidad. Se encontró un índice de concordancia entre jueces del 80%, garantizando la

validez del material. En esta investigación un área de oportunidad fue que el proceso de validación sólo se realizó con jueces expertos y no se consideraron pacientes.

Por otro lado, García (2018) validó por jueces expertos un material impreso acerca de las necesidades educativas de pacientes con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda como elemento de una intervención educativa de medicina conductual. En la investigación se obtuvo un nivel de aceptación por los jueces entre “bueno” y “muy bueno”. se utilizó el estadístico kappa de Fleiss y la autora hace referencia al uso de otros posibles coeficientes que pueden servir en otras investigaciones para validar estos materiales, tales como el coeficiente de concordancia de Kendall, y otras metodologías que ayuden a evaluar el impacto como el método Delphi, metodología Q y Modelo de Fehring.

En resumen, estas investigaciones permiten observar una tendencia en la metodología para la validación de programas psicoeducativos en salud impresos. Si bien el material psicoeducativo es cada vez más utilizado en el sector salud, todavía se hace necesario incorporar materiales sobre contenido de variables psicológicas las cuales, como ya se comentó en el área de psicooncología son muy frecuentes y de no ser resueltas o atendidas llegan a entorpecer o en otros casos a dificultar tanto el tratamiento médico, como la calidad de vida de pacientes y familiares.

Planteamiento del problema

El diagnóstico de cáncer tiene tal efecto que implica modificar el curso natural de la vida y demanda a quien la padece nuevas pautas de adaptación, indispensables para manejar los estresores físicos, sociales, laborales y financieros que produce (Massone & Lull, 2017).

En población femenina particularmente el cáncer cervicouterino ha sido la segunda neoplasia más común y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres mayores de 35 años con una tasa de mortalidad de 52 muertes por cada 100,000 habitantes (Dzul, Puerto, & González, 2004; Farfán et al., 2004).

Dada la alta incidencia de la enfermedad y el incremento exponencial de casos proyectados a futuro, el abordaje psicosocial de estas pacientes debiera ser un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud públicos y privados de nuestro país. Aunado a que hoy, el mundo atraviesa la pandemia por el SARS-COV-2, y específicamente en México se

destinan hospitales para atender a los pacientes que desarrollaron la COVID-19, han quedado de alguna manera, desatendidos los pacientes con otras enfermedades de manera general, y más concretamente, la paciente con CaCu, por lo que, los programas psicoeducativos impresos para la salud psicológica, son una necesidad apremiante.

Donde el brindar asesoría completa a las mujeres y dar respuesta a sus necesidades de información, así como las necesidades psicológicas durante toda la enfermedad, es esencial para lograr una mejora en su calidad de vida, autonomía y toma de decisiones relacionadas a su cuerpo y tratamiento (Cabrera et al., 2017).

De acuerdo con Costa, Venícios y Carvalho (2014) la educación en salud es una herramienta fundamental en esta visión integral de bienestar. En ese tenor, educar en salud no solo implica intervenciones verbales sino también la creación, comunicación, promoción y difusión de materiales informativos culturalmente relevantes. Por lo que, en contextos hospitalarios, una herramienta de la educación en salud cada vez más utilizada es el uso de materiales educativos impresos. Este tipo de material puede facilitar el aprendizaje del paciente y la difusión de conocimientos, lo que contribuye significativamente a la mejora del trabajo del psicólogo que se desempeña en esta área (Costa et al., 2014).

Sin embargo, para garantizar el alcance de esos objetivos es necesario comprobar si estos materiales son válidos y confiables. Así, someter los instrumentos a un proceso de validación es fundamental para constatar la calidad de las informaciones y establecer su utilización. Por ello, en estos tiempos se visualiza la necesidad de contar materiales educativos que transmitan mensajes claros y adecuados en salud.

Con ello, se espera que este estudio pueda contribuir como herramienta útil a la preparación de materiales que tengan como finalidad la incorporación de variables psicológicas en el área de oncología como lo son depresión y ansiedad, y que específicamente para el residente en medicina conductual sea cada vez más frecuente el uso y creación de estos recursos. Esto con el fin último de reforzar sus intervenciones y tratamientos, satisfacer la demanda en servicios tan grandes como oncología, difundir información de la literatura científica, estandarizarla y favorecer y procurar la calidad de vida de estas pacientes desde lo psicológico.

Objetivo General

Validar un programa psicoeducativo impreso *ex profeso* para disminuir la sintomatología de ansiedad y de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del Hospital Juárez de México.

Objetivos específicos:

1. Realizar una residencia de práctica profesional en un hospital público del sector salud.
2. Identificar necesidades de alteraciones psicológicas en pacientes con cáncer cervicouterino
3. Investigar información sobre cáncer cervicouterino que sea de interés para la familia y las pacientes con CaCu
4. Diseñar un manual psicoeducativo sobre ansiedad y depresión para pacientes con cáncer cervicouterino
5. Validar el contenido y estructura del manual mediante jueceo por expertos y no expertos.

MÉTODO

La presente investigación se realizó en seis fases, a continuación, se describe cada una con su metodología correspondiente:

Fase I. Residencia profesional de Medicina Conductual en un hospital público del sector Salud.

La aplicación de esta investigación se realizó en el Hospital Juárez de México, dentro del servicio de oncología con pacientes tanto de consulta externa como de piso. Por observación clínica y el resultado de la productividad reportada, se decidió elaborar el protocolo de investigación en población de mujeres con diagnóstico de CaCu.

Los elementos de la primera versión del protocolo fueron supervisados y revisados tanto por la supervisión académica del servicio como por la tutora asignada en la residencia. Una vez evaluados y retroalimentados en cuestión de metodología y viabilidad se dio luz verde a la aplicación.

Por el convenio que tiene la Residencia de Medicina Conductual y la UNAM con el servicio de oncología y las funciones que se desarrollan de investigación y docencia continuas, no fue necesario presentar un documento del anteproyecto a la jefatura del servicio, ni ningún otro permiso en particular.

Fase II. Identificación de necesidades desde la dimensión psicológica en pacientes con CaCu.

Esta fase consistió en identificar las necesidades psicológicas de pacientes con cáncer cervicouterino, tanto de piso como de consulta externa del Hospital Juárez de México mediante una entrevista semiestructurada en la cual se concentraban datos sociodemográficos de las pacientes, datos médicos de relevancia y preguntas abiertas relacionadas a las manifestaciones emocionales, conductuales y fisiológicas presentadas a partir del diagnóstico médico (Ver anexo 1).

Se realizó la búsqueda de la población diariamente durante el pase de visita matutino con el personal médico quien informaba, el diagnóstico y la evolución médica de cada paciente. Una vez que las participantes aceptaban participar, se les proporcionaba el consentimiento informado de la investigación.

Fase III. Investigación bibliográfica sobre CaCu

A la par de identificar las necesidades psicológicas reportadas en estas mujeres, se realizó una investigación bibliográfica por medio de instituciones como la Organización Mundial de la Salud, PanAmerican Health Organization, American Cancer Society; American Institute Cancer Research. Se realizó también una búsqueda de artículos en el tema en bases como ProQuest, Gale, Medline, JSTOR, Elsevier, PubMed y Springer, con las palabras clave: cáncer cervix, adult patients, anxiety and depression psychooncology, cognitive behavioral interventions, necesidades psicológicas en CaCu.

También fue realizada una revisión acerca de las estrategias de construcción y diseño de materiales de psicoeducación impresos, así como de los materiales ya realizados específicamente para el tratamiento del trastorno de ansiedad y depresión en población oncológica.

De esta forma se identificó a la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) la cual ha sido una intervención cognitivo conductual benéfica en población oncológica. Los estudios revisados de la TPA coincidieron en señalar su eficacia en: la reducción de la ansiedad y depresión, el incremento de la percepción de control, la mejor adaptación al cáncer y la adopción de estrategias de afrontamiento, alejadas de actitudes pesimistas y resignadas (Greer, 1992; Moorey, Greer, Bliss, & Law, 1998; Amayra, Etxeberria, & Valdosedra, 2001).

Por los resultados positivos constantemente reportados en la literatura y pertenecer al grupo de terapias basadas en evidencia desde el enfoque cognitivo conductual, además de incorporar técnicas cognitivas, conductuales e informativas se eligió esta terapia como guía para el desarrollo del presente manual.

Fase IV. Diseño y construcción del manual

Una vez obtenida y concentrada toda la información sobre las necesidades psicológicas de la población, el siguiente paso fue el diseño y creación de un programa psicoeducativo, manualizado.

En cuestión de la elaboración y diseño las imágenes fueron obtenidas de internet con licencias de libre acceso, fueron trabajadas en los programas Piktochart y Canva. Una vez terminado el material se procedió a que el grupo de expertos lo validara.

Para los materiales educativos es significativo que exista tanto validez de *contenido* como de *apariciencia*, con el objetivo de comprobar si el contenido abordado en el manual

educativo es apto y comprensible para los miembros de la población al cual se destina, si es claro, de fácil lectura y entendimiento. Por tanto, los jueces en el área debían ser capaces de evaluarlo y retroalimentarlo. Aspecto que fue realizado en el siguiente paso.

Fase V. Validación por jueces expertos

La fase cinco consistió en la validación y retroalimentación por jueces expertos, quienes revisaron y sugirieron mejoras tanto a nivel cuantitativo como cualitativo en cada una de las 40 páginas.

En esta fase participaron seis psicólogos con maestría y/o doctorado dedicados al trabajo en docencia y psicología de la salud, tanto en áreas como: Medicina Conductual y Psico-oncología.

Se les contacto vía correo electrónico y se les proporcionó un consentimiento informado explicándoles los objetivos de la investigación, una vez que aceptaron participar se les envió vía Drop Box el formato de jueceo diseñado (Ver anexo 2). Las dimensiones que se evaluaron se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6

Dimensiones que se evaluaron en el programa psicoeducativo impreso (manual)

Pertinencia	Grado en que el contenido desarrollado en cada capítulo es representativo o pertinente con la temática, ajustándose a la realidad actual del tema.
Calidad	Grado en que el contenido de cada capítulo es información confiable y significativa ajustándose a la realidad actual del tema.
Cantidad	Grado en que el contenido desarrollado en cada capítulo aborda todos los aspectos que son necesarios de conocer con relación a la temática.
Ortografía	Grado en que el contenido de cada capítulo respeta las normas ortográficas de puntuación y acentuación.
Redacción	Grado en que el contenido de cada capítulo respeta las normas y estructura de un discurso escrito con claridad.
Diseño.	Grado en que el contenido de cada capítulo presenta elementos útiles y visualmente estéticos.

Nota: Elaboración propia

El formato consistía en colocar de acuerdo a su criterio si el elemento correspondiente, era aprobado, esto representado con el número 1 o no aprobado representado con el número 0.

Para determinar la validez del instrumento se procedió a aplicar el índice de concordancia interjueces, el cual corresponde a una herramienta que se enmarca en la metodología cuantitativa y que entrega un resultado en porcentajes que indica el grado en que el contenido es aprobado por parte del grupo de expertos. Se considera que el contenido del instrumento es válido cuando se obtiene como resultado un porcentaje que representa la aprobación del 50%. En este caso, por ejemplo, considerando la participación de seis jueces en el proceso de validación, el porcentaje de aprobación de cinco jueces corresponde al 83.3% (Wenk, 2005).

Al terminar por medio de una sumatoria en Excel se calculaba por página y dimensión, el porcentaje de acuerdo de los 6 jueces, si el porcentaje era menor a un 80 % de acuerdo se procedería a modificaciones.

Al final de la evaluación, las recomendaciones de los jueces fueron revisadas aceptadas e incorporadas. Debido a que, un programa de intervención debe ser válido para la población a la que va dirigido, resulta fundamental que los jueces no expertos (pacientes) también valoren el material. Bajo esta lógica, la nueva versión del manual fue sometida a otro proceso de revisión, edición y acomodo de imágenes, pero ahora en la población objetivo.

Fase VI. Validación del programa psicoeducativo impreso (manual) por jueces no expertos (pacientes)

En esta fase, se seleccionaron seis pacientes del Hospital Juárez con cáncer cervicouterino en etapa de diagnóstico, estas pacientes eran atendidas en el servicio de psico-oncología, tanto de piso como de consulta externa.

A quienes, se les explicó el objetivo y procedimiento de estudio, después de aceptar, se les proporcionó el consentimiento informado de manera presencial, una vez leído y aclaradas las dudas que pudieran surgir, se les otorgó el manual psicoeducativo impreso con el formato de evaluación, los criterios a calificar eran los mismos que los dados a los jueces expertos, sin embargo, en este caso se les explicó a las pacientes de qué trataba cada uno de

ellos de forma verbal, resolviendo las dudas pertinentes. En este formato también se incorporaba un espacio para comentarios y sugerencias.

El sistema de calificación de los resultados fue el mismo que el de jueces expertos y fue de nueva cuenta, calculado el índice de concordancia. En la Figura 4 se observa el flujograma de las sesiones descritas con anterioridad.

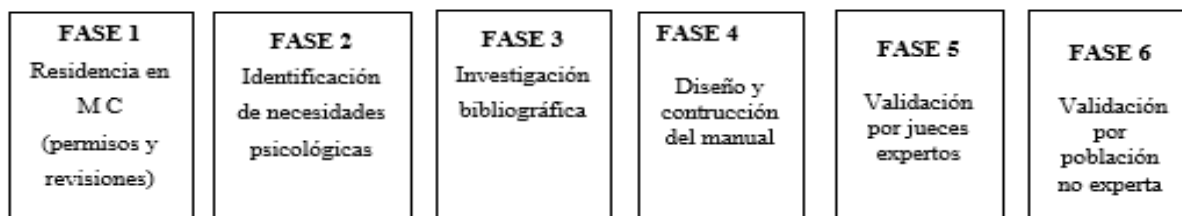


Figura 4. Proceso de validación del programa psicoeducativo manualizado. Elaboración propia.

En el siguiente apartado, se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos del proceso de diseño y validación del programa psicoeducativo.

RESULTADOS

Fase I. Residencia profesional de Medicina Conductual en un hospital público del sector Salud

Para poder observar detenidamente los resultados de esta fase se sugiere acudir al capítulo 4 en el cual se desarrolla un reporte de experiencia profesional y se puntualizan y explican los elementos más significativos llevados dentro la residencia.

Fase II. Reporte de necesidades psicológicas identificadas en pacientes con CaCu

Los resultados de esta fase se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada realizada a la población de interés. Participaron 6 pacientes con menos de dos meses de haber sido diagnosticadas con CaCu, con edades entre 40 a 62 años, escolaridad nivel secundaria y preparatoria. Los datos sociodemográficos y tiempo de diagnóstico se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7

Características sociodemográficas y tiempo de diagnóstico de las participantes

Paciente	Edad	Escolaridad	Ocupación	Tiempo de Dx
1	40	Secundaria	Hogar	30 días
2	46	Secundaria	Hogar	45 días
3	42	Secundaria	Maestra preescolar	30 días
4	50	Preparatoria	Estilista	60 días
5	62	Preparatoria	Cocinera	30 días
6	48	Preparatoria	Hogar	45 días

*Nota:*Elaboración propia.

En cuanto a información cualitativa las pacientes reportaron desconocimiento en: relación a tramites y dinámica del hospital, nombrar como se sentían emocionalmente o que les pasaba a nivel de estado anímico, saber cómo comunicar la noticia con sus hijos y/o familia. Algunos comentarios registrados de las participantes durante esta etapa del proceso fueron:

“no sé qué me está pasando, no soy la misma yo creo que estoy deprimida, pienso en que voy a morir y mis hijos quedarán solos” (sic pac) “si he notado cambios en mi estado de ánimo, me preocupa cómo será el tratamiento y que tanto puedo sufrir, a veces no puedo dormir” (sic pac) “esto es muy triste, me siento sola, no sé cómo lo tomara la gente y mi familia” (sic pac).

Se identificó que cinco de las seis pacientes presentaba síntomas de ansiedad y depresión relacionada a miedo al tratamiento, a la muerte y a comunicarlo a la familia. Tenían dudas respecto a que les pasaba emocionalmente, habían notado cambios en sus conductas: no dormir, estar irritables, llanto excesivo, miedo y temblores al visitar el consultorio médico.

Fase III. Reporte de información bibliográfica sobre CaCu

Durante esta etapa los resultados más significativos fueron la identificación de elementos relacionados al diseño de los materiales en salud como los recomendados por Buxton (1999), OMS, (2012), OPS (1984) y Younger et al. (2001).

También el hallazgo de la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA). Definido como un programa de tratamiento psicológico creado por Moonrey et al. (1998) el cual se fundamenta en mujeres con cáncer de mama y toman de base la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 1976 como se citó en; Moonrey et al., 1998). Según los autores esta terapia se focaliza sobre el significado personal del cáncer para el enfermo y sobre sus estrategias de afrontamiento. Sus componentes son: Expresión de Sentimientos, Métodos Cognitivos, Técnicas Conductuales y Trabajo con la Pareja.

En ese sentido la estructura del manual quedó constituida por los tres grandes elementos que contiene esta terapia.

- **Expresión emocional:** la cual consiste en promover las verbalizaciones emocionales de los pacientes y explicar que respuestas como la ira, por ejemplo, son respuestas normales y comprensibles ante el diagnóstico.
- **Métodos Cognitivos:** Técnicas que consisten en identificar los pensamientos automáticos negativos que se asocian, en un momento determinado, con ansiedad, depresión u otros pensamientos negativos. Específicamente debate e identificación de pensamientos.

- **Métodos Conductuales:** Como la planificación de actividades y el entrenamiento en relajación. Donde la planificación de actividades consiste en animar al paciente a planear, llevar a cabo y registrar las actividades que realiza en casa, y que le dan un sentimiento de logro y le resultan agradables. Mientras el entrenamiento en relajación comprende la relajación muscular progresiva o ejercicios respiratorios, técnicas simples que se le enseñan al paciente en una sesión de terapia y se le anima a que las practique en casa continuamente (Greer, 1992).

La TPA fungió como una guía en relación a la presentación de las técnicas y contenido a seguir, sin embargo, no es una adaptación formalmente ya que varios elementos del programa original no son similares al presente trabajo, como el componente de la pareja que es un componente básico en la TPA y que en esta investigación se abordó, pero desde un enfoque familiar.

Fase IV. Diseño y manualización del programa psicoeducativo

Con toda la información recopilada se prosiguió a la elaboración del manual. La primera versión tuvo una dimensión de 210 x 297 mm. El manual psicoeducativo se tituló “Manual para control de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer cervicouterino” tuvo un total de 40 páginas ordenadas como se muestra en la Tabla 8.

El objetivo general del manual es disminuir la sintomatología de ansiedad y de depresión de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino.

En cuanto a estructura contó con tres secciones principales. La parte inicial denominada *Para iniciar...* tiene como objetivo psicoeducar en relación al encuadre terapéutico de la psicoterapia y definir el término de participación activa en el tratamiento de las mujeres con cacu.

Respecto a la segunda sección llamada *¿Qué es la ansiedad y depresión?* se explica con información válida y confiable la definición de estas variables. También se incorporan componentes de técnicas como identificación y debate de pensamientos, respiración diafragmática y activación conductual.

En la tercera sección del manual titulada *La familia*, se recomendaron pautas psicoeducativas de actuación de los familiares cercanos a la interacción con estas pacientes.

En el manual también se incorporaron registros de datos personales, escalas verbales análogas (EVA'S) y formato de horarios para el componente de planeación de actividades. Contiene también fotografías de mujeres realizando la técnica de respiración diafragmática y un registro de pensamientos.

Finalmente, el manual termina con una sección de agradecimientos y datos de contacto. La versión final del manual se presenta en el Anexo 3.

Tabla 8

Contenido temático del programa de intervención

Secciones
“Para iniciar” Págs. 1-6
- Portada
- Contraportada
- Hoja de datos
- Hoja de evaluación del estado de ánimo (ERAS)
- Índice
- Presentación
- Definición participación activa
“¿Qué es la ansiedad y depresión” Págs. 7-34
- Definición
- Identificación
- Estrategias cognitivo conductuales
“La familia” Págs. 35-40
- Importancia de la familia
- Sugerencias para los cuidadores
- Agradecimientos y datos de contacto
- Referencias

Nota: Elaboración propia.

Fase V. Validación del programa psicoeducativo impreso por jueces expertos

Con el objetivo de evaluar la validez de contenido del manual psicoeducativo, objeto de estudio de la presente tesis, se utilizó el método de jueceo por expertos, quienes evaluaron elementos como pertinencia, cantidad, calidad de contenido, ortografía, redacción y diseño en cada una de las tres secciones del material psicoeducativo incluidas en las 40 páginas. Para tal efecto se determinó el índice de validez de contenido (IVC) para cada sesión del manual, en el entendido que un $IVC \geq 80\%$ es buen indicador a favor de la validez.

En esta Fase participaron seis profesionales de la salud relacionados con la variable de estudio, invitados de manera personal o vía correo electrónico para participar, a quienes después de aceptar se les envió por correo la versión preliminar, los formatos para la evaluación, así como las instrucciones.

En la Tabla 9 se presenta el IVC derivado por los jueces expertos para la primera sección que corresponde al apartado *Para iniciar...* que va de la página 1 a la 6. Se obtuvo un promedio de IVC para esta sección de 87.5%.

Tabla 9

Índices de validez de contenido para la sección “Para iniciar...” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	97%	89%	90%	94%	90%	65%

Nota: Elaboración propia

En la Tabla 10 se presenta el IVC de la segunda sección del manual titulada *¿Qué es la ansiedad y depresión?* (páginas de la 7 a la 34). Se obtuvo un promedio de IVC para esta sección de 91%.

Tabla 10

Índices de validez de contenido para la sección “¿Qué es la ansiedad y depresión” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	97%	90%	91%	95%	92%	81%

Nota: Elaboración propia

Finalmente, en la Tabla 11 recopila el IVC de la tercera sección titulada *La familia*, que va de la página 35 a 40. Se obtuvo un promedio de IVC para esta sección de 95.3%.

Tabla 11

Índices de validez de contenido para la sección “La familia” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	100%	100%	94%	92%	97%	89%

Nota: Elaboración propia

Como se puede apreciar las categorías de las tres secciones del manual superan un IVC del 80%, con un rango de 81-100%, excepto en la categoría de diseño de la primera sección, la cual presentó un promedio de 65%. El promedio global de IVC de los jueces expertos es igual a 91.2%

Se destaca que, los jueces hicieron observaciones o sugerencias solo a la primera sección del manual, mismas que se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12*Sugerencias de los jueces expertos para la sección “Para iniciar...”*

Págs.	Sugerencias de Jueces
1	“En todo el manual se hace un uso excesivo del color rosa (color que además está fuertemente asociado con el cáncer de mama). Las imágenes no están en proporción y se repiten innecesariamente”.
3	“Considero que debería agregarse un separador de sección, no se identifica que aquí comienza la segunda parte del manual, por cierto, no le veo la numeración para ver si corresponde con el índice”
4	“Se observa cargado de información, y debido al diseño en el que lo presentas, se distorsiona la letra y se ve borroso”
5	“No puedes presentar un registro sin antes explicar su utilidad y función. El contraste entre los colores de la escala no es el mejor, se recomiendan fondos claros”
8	“Es preferible establecer un estilo de redacción, ya sea en primera, segunda o tercera persona; pero no ir saltando de una a otra”.
9	“La información es muy general y el diseño no ayuda a darle el peso necesario”.
11	“Ayudaría más poner ejemplos concretos de pacientes, en cada elemento”.

Nota: Elaboración propia.

Así que considerando las observaciones, se cambió el color rosa mexicano, por un color rosa pálido característico del CaCu, además, se agregaron separadores de sección, se mejoró el tamaño de la letra y su distribución, así como el estilo de redacción. Una vez realizadas todas las modificaciones señaladas por los jueces expertos, se procedió a validar el manual con seis mujeres con recién diagnóstico de CaCu, datos que se presentan en la siguiente fase.

Fase VI. Validación del programa psicoeducativo impreso por jueces no expertos (pacientes).

Para esta fase participaron seis pacientes con recién diagnóstico de CaCu, adscritas al servicio de oncología del Hospital Juárez de México. Después de aceptar participar en el estudio se les explicó el procedimiento y se les proporcionaron los materiales correspondientes.

En la Tabla 13 se puede observar el IVC de participantes en la primera sección del manual. Del cual se obtuvo un promedio de IVC = 96.7%.

Tabla 13

Índices de validez de contenido para la sección “Para iniciar” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	100%	87.8%	98.4%	100%	100%	94%

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la Tabla 14 se concentran los IVC para la segunda sección del manual llamada *¿Qué es la ansiedad y depresión?* Esta sección presentó un promedio de IVC = 97.5%.

Tabla 14

Índices de validez de contenido para la sección “¿Qué es la ansiedad y depresión?” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	100%	90.4%	99.4%	99.4%	99.4%	96.4%

Nota: Elaboración propia

Por último, en la Tabla 15 se encuentran IVC para la sección *La familia*.

Tabla 15

Índices de validez de contenido para la sección “La familia” de acuerdo con cada categoría de evaluación

	Categorías de evaluación					
	Pertinencia	Cantidad	Calidad	Ortografía	Redacción	Diseño
Índice de Validez de Contenido	95.8%	95.8%	99.4%	100%	100%	100%

Nota: Elaboración propia

El promedio de IVC para esta sección fue de 98.5%. Como se puede observar los IVC fluctúan entre 87.8% y 100%. Mientras que, el promedio global del IVC por parte de los jueces no expertos fue del 97.5%.

Las pacientes no hicieron observaciones específicas al manual, refiriendo que era muy interesante y adecuado. Con estos datos se dio por terminada la validación de manual del programa psicoeducativo.

DISCUSIÓN

Una de las competencias que debe desarrollar el profesional de la salud (en este caso el psicólogo de la medicina conductual) es diseñar y validar programas psicoeducativos que apoyen y refuercen sus intervenciones. Por tanto, el objetivo principal de esta investigación fue validar un programa psicoeducativo impreso para disminuir la ansiedad y depresión en mujeres con cáncer cervicouterino que asisten al Hospital Juárez de México.

Los resultados obtenidos de la investigación teórica, el diseño del manual, su corrección por parte de expertos en psicología, medicina conductual, docencia y psicooncología, y de la población de interés, así como el índice de validez de contenido permiten considerar que el material desarrollado cumple con los elementos para ser una alternativa válida en cuanto a herramienta de apoyo psicoeducativa en el tratamiento psicológico para ansiedad y depresión de mujeres con un recién diagnóstico de cáncer cervicouterino.

De acuerdo con autores expertos en la materia en el proceso de construcción de recursos educativos, es recomendada la interacción entre las personas que participan, en ese sentido un punto rescatable de la presente investigación ha sido el poder lograr que la población de interés lo evaluará y presentará un alto índice de concordancia, elemento el cual se ha dificultado en otras investigaciones (Moura et al., 2017).

Sin embargo, el manual no contiene en su totalidad un vocabulario accesible para todas las mujeres que asisten al Hospital Juárez, ya que en la muestra representada existía un nivel de escolaridad de secundaria o mayor. Este elemento hace sugerir en futuros trabajos el incorporar una muestra con un nivel de escolaridad más heterogéneo y con ello verificar el impacto en la asimilación de la información recibida. Ya que, son bastos los autores que identifican que la mayor parte de la literatura relacionada con la salud está escrita por encima de la capacidad lectora de la audiencia (Buxton, 1999; Cruz et al., 2016, García, 2016; Moura et al., 2017; OMS, 2012; Proenza, 2015).

Por otro lado, el proceso de validación de este material está enfocado en proveer un recurso a profesionales de la salud mental para su uso con pacientes diagnosticados y no para

el uso libre, sin supervisión, lo que disminuye la probabilidad de que términos científicos o poco comunes no sean entendidos. Esto implica concebir estas herramientas como lo señala la OPS (1984) donde, la capacitación y disponibilidad del personal de salud es significativa ya que este es el directamente responsable de la utilización del material y de mantener el intercambio constante con la audiencia a quien se dirigen los diferentes mensajes, puesto que los materiales por sí solos no tienen mayor valor o impacto.

Esta investigación apoya la premisa que al desarrollar herramientas psicoeducativas deben considerarse las características de la comunidad a la cual se dirigen para lograr su aceptación, por ello, la elección de la estrategia de un manual impreso, pese a lo basto de herramientas digitales actuales fue útil en esta población, así como la elección del tamaño de letra, los colores, e imágenes (Buxon, 1999; OPS, 1989).

En temas relacionados a diseño, actualmente existe controversia con varios autores respecto al uso de cierto tipo de imágenes, el debate está en si es mejor el uso de imágenes realistas de personas o caricaturas animadas un poco más neutras (Bruxton, 1999; Cruz et al., 2016; García, et al., 2010; Moura et al., 2017; OMS, 2012; Proenza, 2015). En el presente manual se optó por imágenes de mujeres reales que transmitieran la emoción o la técnica a ejemplificar, si bien muchas veces no eran mujeres con características de la población mexicana, fueron bien aceptadas por las participantes.

En cuanto al análisis estadístico, dentro de las categorías evaluadas la categoría de diseño fue la dimensión calificada más baja por el grupo de expertos (65%), debido a que, algunos aspectos de lenguaje, cierto uso de ejemplos y aspectos visuales no eran los adecuados para los jueces. Elementos que son considerados fundamentales para la elaboración de materiales psicopedagógicos en el área de salud, razón por la cual retomando sus observaciones se realizaron las modificaciones necesarias (Moura et al., 2017; OMS, 2012; Proenza, 2015). En este punto una solución en futuros trabajos sería el incorporar en el grupo de jueces expertos a algún profesional relacionado a cuestiones de diseño o publicidad para mejorar y aumentar el impacto de los mensajes así como optimizar los recursos visuales utilizados.

Si bien casi todas las demás categorías fueron evaluadas con $IVC > 80\%$, un área de oportunidad del presente trabajo fue que no se volvió a evaluar con el panel de expertos, la dimensión de diseño o el manual en su totalidad con las nuevas modificaciones, sino se procedió a la validez con la población no experta.

Sin embargo, respecto a los puntajes de la población meta todas las categorías presentaron un porcentaje de acuerdo de arriba del 90% incluyendo la dimensión de diseño la cual se puntuó en 100%. Este hecho es significativo en el sentido de que es necesario desarrollar materiales educativos, no solo con un contenido técnico adecuado, sino, además, debe aprobarlo la población a la que se dirige (Bruyton, 1999; Cruz et al., 2016; García, 2018; Moura et al., 2017; OMS, 2012; Proenza, 2015).

Durante la revisión de trabajos similares (Bruyton, 1999; Cruz et al., 2016; Moura et al., 2017; OMS, 2012; Proenza, 2015) se pudo identificar que el índice de validez de contenido es el más utilizado en el área de validación de contenido en materia de salud ya que, representa una aproximación objetiva, simple de interpretar y concreta para demostrar el acuerdo, permitiendo la comparación entre estudios (Moura et al., 2017; Wenk, 2005).

Con relación a los resultados de la investigación bibliográfica sobre las necesidades de estas pacientes, fue significativo el encontrar a la terapia psicológica adyuvante propuesta por Moorey et al. (1989) como herramienta de apoyo para la construcción del presente programa. Ya que esta intervención aportó un respaldo científico, al ser de las pocas intervenciones utilizadas ampliamente en población oncológica que corresponden a las terapias basadas en evidencia y que cuentan con un buen sustento de eficiencia y eficacia en distintas poblaciones de oncología.

Finalmente, de acuerdo con García (2018) sería pertinente en futuros trabajos explorar y complementar los resultados con diferente metodología para validación de contenido como el método *Delphi*, que consiste en recoger la opinión de un grupo de expertos al respecto de un tema del cual los datos existentes sean escasos o difusos; la Metodología *Q* en la que se identifican patrones de opinión que emiten jueces sobre un tema, o el Modelo de *Fehring*, frecuentemente utilizado en el campo de la enfermería para medir la concordancia entre

jueces. Además, de explorar la Alfabetización para la Salud (OMS, 2012), así como métodos disponibles para calcular los niveles de lectura de los materiales impresos, como las fórmulas de *Flescha* y *Flesch-Kincaid*, *FogIndex*, *SMOG* y *Fry*.

CONCLUSIÓN

La presente investigación y la práctica profesional como residente de Medicina Conductual realiza una aportación clínica e instrumental para el servicio de psicooncología del Hospital Juárez de México, ya que se dirigió a la población más frecuente dentro del servicio -cáncer cérvicouterino -. Con la elaboración del programa impreso en un manual se pretende complementar y reforzar lo realizado en las intervenciones cotidianas del profesional de psicología que se desempeña en el área. Asimismo, pretende fomentar una mejor calidad de vida en las mujeres con un diagnóstico de cáncer cérvicouterino que presentan ansiedad y depresión, ya que, el manual brinda información y estrategias para enfrentar estos procesos con un mayor número de recursos.

En ese sentido, esta investigación muestra la importancia del diseño y validación de un material educativo en salud para una población psicológicamente vulnerable como lo son las mujeres de recién diagnóstico de cáncer cervico uterino. De acuerdo con los resultados obtenidos durante el proceso de validación de contenido, el producto titulado “Manual para control de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer cervico uterino” resulta ser una herramienta psicoeducativa con estándares adecuados de calidad, cantidad, diseño y pertinencia, a la cual el psicólogo en el servicio puede recurrir para ofrecer un tratamiento más completo con el fin último de aumentar y mejorar el impacto de sus intervenciones y la calidad de vida de estas mujeres.

Futuros estudios podrán valorar la sensibilidad del presente programa con la integración de una batería de pruebas para evaluar sintomatología de ansiedad, de depresión y de calidad de vida relacionada con la salud.

Capítulo 4.

Reporte de experiencia profesional

Contextualización de la medicina conductual en México y el mundo

De acuerdo con Rodríguez (2010), la American Psychological Association nombró del 2000 al 2010 la “Década del Comportamiento”; la premisa subyacente a este hecho radicó en que los principales problemas como el sobrepeso, la vida sedentaria, fumar, consumir alcohol en exceso y el estrés cotidiano que aquejan a la población mundial, pueden prevenirse o mitigarse mediante cambios conductuales.

Pese a lo citado, en la actualidad sigue siendo poco conocida la existencia de áreas multidisciplinarias relativamente recientes con propuestas para resolver necesidades en los patrones salud-enfermedad de la época, incluso a veces por el mismo personal de salud, tal es el caso de la medicina conductual. La medicina conductual puede definirse como una aplicación sistemática de los principios y tecnología conductual al campo de la medicina, la salud y la enfermedad (Blanchard, 1977).

Schwartz y Weiss (1977) la definen como un campo interesado en el desarrollo del conocimiento de las ciencias de la conducta y las técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y enfermedad física, y a la aplicación de esos conocimientos y esas técnicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Otra definición propuesta por Godoy (1991) indica que es un amplio campo de integración de conocimientos de muy diferentes disciplinas, entre las que caben destacar las biomédicas por una parte y las psicosociales por la otra. Dichos conocimientos se dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

A continuación, y en un intento por contextualizar dicho campo de conocimiento se señalarán brevemente antecedentes, objetivos, métodos y técnicas en la materia.

La medicina conductual se desarrolló en la década de 1970, en ese momento, la visión predominante de la salud y la enfermedad era biomédica, con un enfoque reduccionista en órganos y sistemas de órganos. Este sistema permitía el tratamiento exitoso de muchas afecciones agudas e infecciosas, sin embargo, muchas enfermedades crónicas en las que el

estilo de vida y los factores de riesgo tenían que ver con el ámbito comportamental presentaban deficiencias y pocas respuestas. Por lo tanto, la limitación de un enfoque puramente reduccionista de la enfermedad derivó en una nueva perspectiva impulsada por la publicación del modelo biopsicosocial de salud y enfermedad del psiquiatra Engel en el año de 1977 (Agras, 1982).

Engel (1977) creía que todos los fenómenos relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social. Las aportaciones de esta nueva visión de salud-enfermedad fueron la piedra angular para el desarrollo de la medicina conductual.

Formalmente la creación del campo de la medicina conductual se presentó en la conferencia llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. A partir de esa fecha fueron variados los acontecimientos que favorecieron el desarrollo del área, por ejemplo, en 1978 la American Psychological Association anunció agregar el área de la Psicología de la Salud como su más reciente división con el número 38 donde la labor de la medicina conductual era reconocida.

Según Matarazzo (1980) en un plazo inferior a dos años, se contaba con una definición formal por un número significativo de líderes investigadores biocomportamentales, con la revista *Journal of Behavioral Medicine* como punto de difusión a sus artículos, con el reconocimiento de instituciones en salud como el National Institute of Mental Health (NIMH). Y con una nueva asociación, la Academia de Investigación en Medicina del Comportamiento, creada con el fin de proporcionar un mínimo de liderazgo para la investigación y la educación en esta nueva disciplina.

Agras (1982) señala cuatro factores que favorecieron el rápido crecimiento de la medicina conductual:

- a) El antecedente de que la medicina psicosomática había generado un cuerpo de investigación que vinculaba los factores psicológicos, a un amplio número de enfermedades.
- b) El análisis conductual aplicado, como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento psicológico, conductualmente orientados a una variedad de trastornos físicos.

c) Los estudios epidemiológicos habían identificado ciertos factores que incrementaban el riesgo asociado con algunas enfermedades.

d) A consecuencia del aumento en los costos del tratamiento de las enfermedades, se produjo interés por la prevención en lo general, y en particular, en los factores psicológicos y sociológicos involucrados en el trabajo preventivo.

En cuanto a su campo de acción, la medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos, entre otros, a través de diferentes modelos de intervención, que implican básicamente entrenar al paciente para aprender a vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales para mejorar la calidad de vida.

En ese sentido, los modelos clínicos que han demostrado mayor eficacia al abordar problemáticas de salud son los derivados de la Terapia Cognitivo Conductual (Martínez & Piqueras, 2010 como se citó en Rodríguez, 2010).

A medida que la medicina del comportamiento se expandió a finales de los setenta para explorar la interacción entre comportamiento y enfermedad de forma sistemática, diversa e innovadora, las técnicas de la medicina conductual se aplicaron eficazmente a varias poblaciones médicas, entre ellas se destacan dos áreas donde la investigación y la actividad clínica han sido más activas y fructíferas: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Cabe señalar que otras áreas de inserción en las que la medicina conductual participa exitosamente son la diabetes, asma, dolor lumbar, abuso de alcohol, dieta / nutrición, actividad física, y conductas como fumar por mencionar algunas (Doleys et al., 1982 & Trask et al., 2002).

El campo de medicina conductual no solo ha presentado aportaciones a nivel internacional, sino también en nuestro país, por lo que a continuación se presenta un breve recuento sobre su desarrollo en territorio mexicano.

La Medicina Conductual en México

La medicina conductual en México, desde sus inicios se ha caracterizado por presentar líneas de investigación de modelos de intervención variados en áreas como:

Epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez & Jaén, 2004; Rodríguez & Rojas, 1998, como se citaron en Rodríguez, 2010).

En cuanto a pioneros en el país, a principios de los años 60s, se ubican psicólogos como Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado quienes marcaron el inicio del análisis de la conducta en México cuando se encontraban en la Universidad Veracruzana dando el impulso de una psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta (Rodríguez, 2010).

Para Reynoso-Erazo (2014) puntualmente algunos de los antecedentes históricos que dieron origen a la medicina conductual en nuestro país, concretamente en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) son los observados en la Figura 5, la cual es una adaptación del primer capítulo del libro *Medicina Conductual Teoría y Práctica* del autor mencionado.

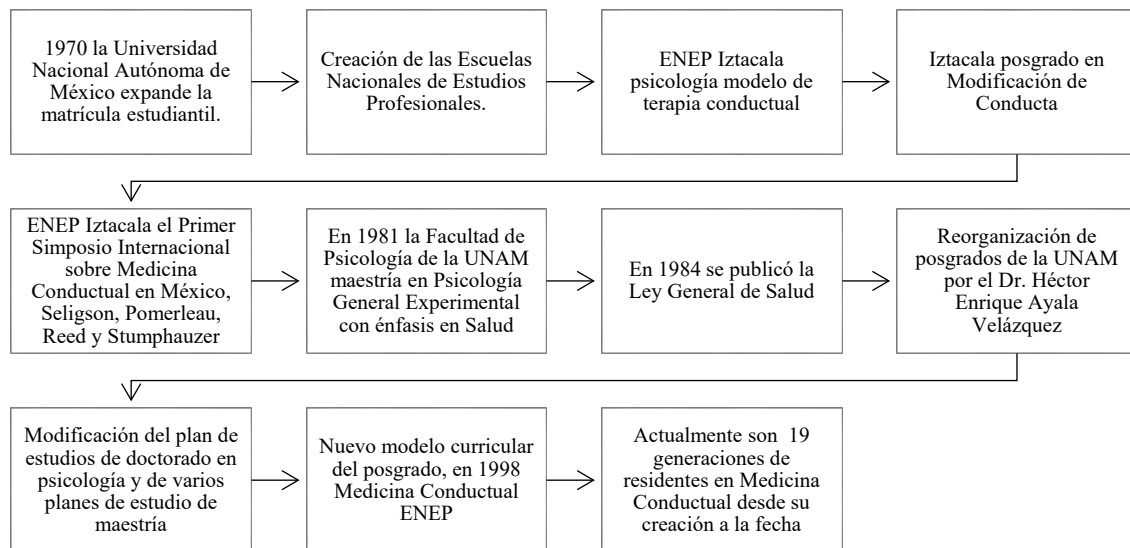


Figura 5. Recorrido histórico del origen de la Residencia en Medicina Conductual FESI. Adaptado de Reynoso-Erazo y Becerra-Gálvez (2014). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. México: UNAM-Qartuppi, pp. 11-23.

De acuerdo con Reynoso-Erazo y Becerra-Gálvez (2014) el programa de residencia en Medicina Conductual fue aplicado por primera vez en 1999 bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación, bajo un enfoque cognitivo-conductual, el cual busca formar profesionales capacitados en investigación y práctica clínica con visión multicausal de los procesos salud-enfermedad que persigan objetivos como:

- Modificación de las conductas problema del paciente.
- Promoción de cambios conductuales en el paciente, la familia y el personal de salud con el fin de promover la calidad de vida durante el proceso de enfermedad.
- Y el manejo de diferentes técnicas para mejorar el apego del paciente hacia diferentes planes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.

El rápido crecimiento y la incorporación de recursos humanos como el psicólogo en instituciones de salubridad permiten dar respuesta a las necesidades de poblaciones muy diversas en el país donde se suma un profesional con herramientas teórico prácticas fundamentadas en el análisis de la conducta a la búsqueda de la calidad de vida del paciente.

Una vez puntualizado el panorama nacional e internacional de la medicina conductual, se explicarán las características de la sede donde se desarrollan las actividades de la residencia.

Características de la Sede

Como se mencionó previamente, parte significativa de la formación del psicólogo residente en medicina conductual es el énfasis práctico y aplicado en su ejercicio profesional, en ese sentido a continuación se describen las características de la sede donde son aplicados los conocimientos adquiridos, el Hospital Juárez de México.

Para la SSa (2012) el Hospital Juárez de México es de gran trascendencia en la enseñanza de la medicina, debido a que es uno de los primeros hospitales escuela del país.

Se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. En cuanto a estructura cuenta con seis edificios para la atención al paciente como se observa en la Tabla 16 y un estacionamiento de dos niveles. Los edificios de este hospital están designados por letras, siendo el edificio de acceso la letra A.

Tabla 16

Edificio y servicio dentro del Hospital Juárez de México

Edificio	Servicio
A	Consulta externa, archivo clínico y cajas.
B	Rayos X, cirugía refractiva, hemodiálisis, nefrología, transplantes, Oficinas de Gobierno y Auditorio.
C	Quirófanos, terapia intensiva, urgencias, patología, medicina nuclear, oncología, rehabilitación y medicina física.
D	Hospitalización, admisión, trabajo social, banco de ojos, escuela de enfermería y laboratorio clínico.
E	Enseñanza e investigación y Aula Magna.
F	Servicios generales y mantenimiento

*Nota:*Elaboración propia.

Antecedentes de la sede

En cuanto a antecedentes y contexto histórico el Hospital Juárez de México surge desde el mes de agosto de 1847, en esta época se concebía como el *Colegio de Agustinos de San Pablo*, un hospital de sangre para atender a los heridos defensores del país. Posterior a la muerte del Ex Presidente Benito Juárez, se acordó en una sesión de la ciudad imponer al hospital el nombre del Benemérito, conociéndose desde entonces como Hospital Juárez (SSA, 2012).

En el año 2017, el Hospital Juárez celebró 170 años de atención al público y se consolidó como una institución hospitalaria de importancia y trascendencia en México. Actualmente cuenta con sus dos sedes (en el centro y al norte de la ciudad) para la atención médica.

Para la SSA (2012) este hospital se ha caracterizado como formador de recursos humanos para la salud, altamente calificados en las especialidades médico-quirúrgicas; además de diseñar, ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad. En la actualidad, se proporciona enseñanza teórica-práctica a estudiantes de medicina tanto a nivel de internado y pregrado, se han desarrollado 31 cursos, 24 de especialidad y subespecialidad y 7 cursos de alta especialidad.

Nivel de atención y servicios de la sede

Referente a su nivel de atención el Hospital Juárez de México es un hospital de tercer nivel que ofrece servicios en más de 43 especialidades médicas a personas sin seguridad social, en su mayoría de bajos recursos económicos.

Se constituye por seis edificios, 10 quirófanos, 69 consultorios, cuatro niveles en la torre de especialización, 400 camas censables, 135 camas no censables, 10 aulas, bibliohemeroteca, laboratorio clínico general y auditorio (SSa, 2012).

Cuenta con cinco divisiones las cuales son División de cirugía, División de pediatría, Gineco-Obstetricia, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Dirección médica.

El Hospital Juárez de México ofrece servicios de atención médica al paciente, a través de la consulta externa y se canaliza al servicio correspondiente mediante la consulta de especialidad con el fin de atender diversas patologías (SSa, 2012).

Ubicación del residente en la sede

Una vez descritas las características básicas del hospital, y con un panorama del campo de acción del residente en medicina conductual se comenzará a señalar particularmente el servicio asignado dentro de la sede, el cual corresponde al servicio de oncología.

El servicio de oncología es un servicio que se incorpora en División de Cirugía del hospital. Uno de sus objetivos es estudiar la evolución médica de pacientes que presentan tumores tanto malignos como benignos desde la etapa diagnóstica hasta la etapa terminal (Becerra, 2013).

Se atiende un aproximado de 300 pacientes a diario, en su mayoría acompañados de al menos un familiar, la modalidad de atención es de primera vez o subsecuente, de manera cotidiana se realizan biopsias entre otros procedimientos diagnósticos. Además, se aplican tratamientos de quimioterapia y radioterapia ambulatoria, se brinda atención en el servicio de psicooncología donde los residentes de medicina conductual dan atención de carácter psicológico a la población (SSa, 2011).

Oncología cuenta con siete consultorios, así mismo psico-oncología cuenta con uno y son dos los destinados a trabajo social.

Estadísticas retomadas de la SSa (2011), señalan que son aproximadamente 3601 consultas las que se realizan de manera mensual en el servicio de oncología en general. Por su parte, la clínica de catéteres atiende a 552 personas, radioterapia aplica aproximadamente 945 tratamientos, se realizan 134 cirugías y se colocan 25 catéteres mensualmente lo que demuestra la gran demanda de la población mexicana en esta área de atención en salud.

En estructura, el servicio se compone del área de hospitalización la cual se ubica en el edificio C norte, en este piso existen seis salas con ocho camas cada una para la atención

de los pacientes, se encuentra la sala de preparación de medicamentos para enfermería, la sala de médicos residentes, el área de cocina del servicio, nutrición, trabajo social y sanitarios del personal de enfermería.

En cuanto a la estructura de consulta externa actualmente existen siete clínicas (cabeza y cuello, radioterapia, mama, tumores mixtos, ginecooncología, oncomedica y cuidados paliativos) se cuenta también con una unidad dental y maxilofacial.

El horario de atención de la consulta externa es de 9:00 a 1:00 p.m. aproximadamente, a consideración de la demanda de pacientes por atender. Su localización es en planta baja, a un costado de la sala de urgencias de adultos.

Los recursos humanos que constituyen el servicio de oncología reflejan la demanda del mismo, pues se cuenta con una plantilla que supera las 50 personas, la distribución de la cantidad de recursos humanos es de 50 personas para el servicio de enfermería distribuidas en los tres turnos, 15 médicos adscritos, 12 residentes médicos distribuidos en las especialidades de: cabeza y cuello, ginecología oncológica y cirugía, 14 residentes los cuales se distribuyen siete en cirugía oncológica y siete en ginecooncología, finalmente por parte del servicio de psicooncología son siete los residentes de Medicina Conductual.

Las líneas de autoridad que siguen los residentes en medicina conductual en el servicio de oncología se enlistan en la Figura 6.

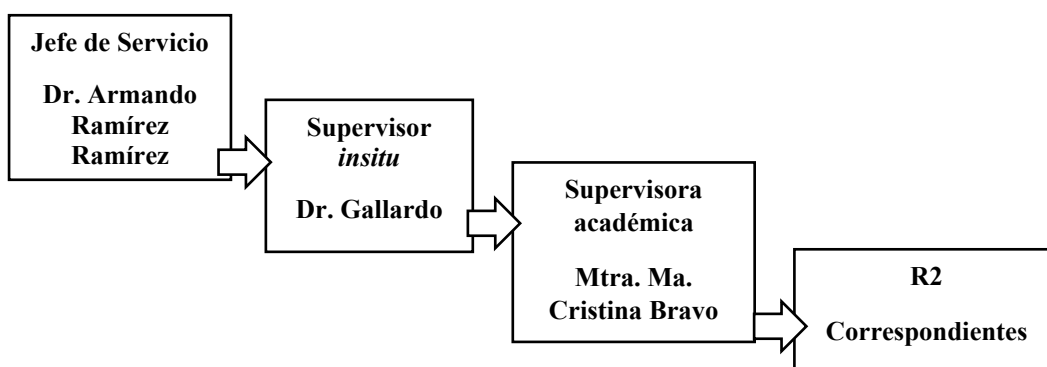


Figura 6. Líneas de autoridad de residentes en medicina conductual de oncología. Elaboración propia.

Organigrama del servicio

Como fue señalado el servicio se caracteriza por su gran tamaño, en él laboran actualmente médicos de varias especialidades. Se encuentran los cirujanos oncológicos quienes son los encargados de la extracción de los tumores, los ginecólogos oncológicos quienes se especializan en la extracción de tumoraciones en mujeres, los oncólogos médicos quienes emplean fármacos antineoplásicos como quimioterapia e inmunoterapia y los oncólogos radioterápicos quienes emplean radiación como tratamiento. Aunado al personal médico y de enfermería, en oncología laboran trabajadoras sociales, camilleros, nutriólogas y psicólogos. En la Figura 7 se señala el organigrama del servicio.

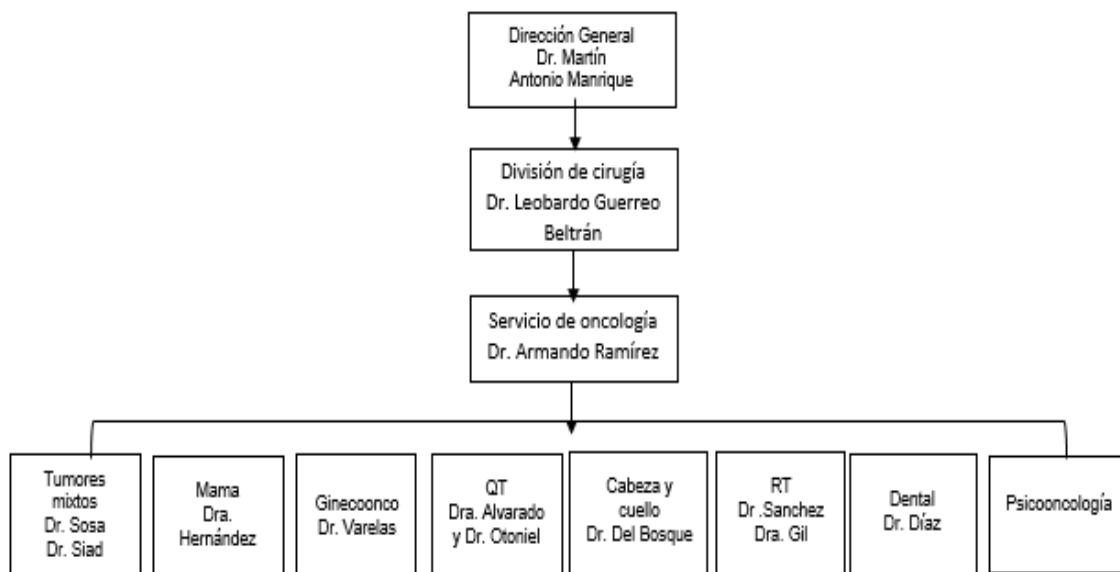


Figura 7. Organigrama del servicio de oncología. Elaboración propia

Actividades desarrolladas en la sede

Contexto psicológico de los pacientes

Las características de la población que acude al Hospital Juárez puede definirse como compleja y heterogénea debido principalmente a la variedad del lugar de procedencia y la clase social que se presenta (predominantemente de bajos recursos). Los pacientes provienen

principalmente del Estado de México, Hidalgo, Puebla, Oaxaca y Michoacán referidos por médicos generales de su lugar de origen.

Por ello, es frecuente que a la llegada al Hospital Juárez los pacientes presenten falta de información respecto a su condición médica, limitaciones económicas, preocupaciones asociadas a la interrupción de actividades laborales o cotidianas, elevada incertidumbre respecto al futuro inmediato, miedo al dolor por lo invasivo de tratamientos, los cambios corporales que implican y pocas redes de apoyo tanto emocionales como instrumentales.

Aunado a lo anterior se presenta el malestar propio de la enfermedad, el cual es en suma variable, pues depende de factores como el tipo de cáncer, la etapa, la edad del paciente, comorbilidades, entre otros factores. En ese sentido existe una “vulnerabilidad psicológica” que hace más probable la aparición de problemáticas en esta esfera (Nicholson & Burgess, 2002).

En este contexto y de acuerdo con Nicholson y Burgess (2002, como se citó en Patiño, 2016) en el paciente oncológico el diagnóstico de cáncer aumenta el riesgo de desarrollar problemas psicológicos como la ansiedad y depresión. Estos autores señalan que son entre un 25 a un 40 por ciento las personas que experimentan cambios de humor a partir del diagnóstico de la enfermedad, los cuales son suficientemente significativos para recibir tratamiento, terapia y medicamento en su mayoría.

Por lo que el papel del psicólogo en el área es de suma importancia pues satisface necesidades informativas, educativas, emocionales y de apoyo tanto al paciente como a su entorno (familia, amigos, personal de salud). En ese sentido, promover el bienestar y la calidad de vida en el enfermo con cáncer sin duda es una tarea compleja pero necesaria en el contexto hospitalario (Patiño, 2016).

Evaluación inicial del servicio

El servicio de oncología se caracteriza por su gran tamaño y demanda de la población. La atención de los médicos hacia los pacientes es profesional y de calidad, sin embargo, la cantidad de personas que demandan el servicio dificulta una atención, en lo deseable, personalizada e íntima entre médico-paciente. Esta situación ha permitido y favorecido la incorporación del psicooncólogo como facilitador de una comunicación más amplia que identifique y atienda las necesidades de ambas partes.

El papel del psicólogo es controvertido dentro del servicio debido por un lado a la formación rígida y reduccionista de médicos que no incorporan como significativo la atención del ámbito comportamental y psicológico en su ejercicio profesional.

Sin embargo, del lado opuesto se ubican médicos interesados por lo que la psicología puede aportar en áreas donde las soluciones propuestas no dan los mejores resultados, tal es el caso de enfermos terminales, situaciones de crisis y manejo de dolor, por mencionar algunos temas donde se ha solicitado el apoyo abiertamente.

Por otro lado, el que el servicio de psicooncología cuente con los elementos de calidad (consultorio amplio y equipado) para un ejercicio profesional óptimo ha favorecido la atención de las necesidades de los pacientes. Actualmente, la difusión del servicio de psicooncología ha aumentado debido al número de residentes de medicina conductual incorporados, pues existe una mayor cobertura dentro de todas las clínicas.

Cabeseñalar que cada clínica tiene una demanda diferente de pacientes y que dependiendo de la ubicación del residente en las mismas, las necesidades de la población también cambiarán. A modo de ejemplo, en clínica de mama la población es de gran demanda, la consulta externa exige estar buena parte de tiempo atendiendo intervenciones en crisis principalmente frente a la confirmación diagnóstica y ante recurrencia de enfermedad.

En la clínica de radioterapia la población es muy variada en cuanto edad y tipos de cáncer, aquí incluso se pueden presentar pacientes de otros servicios. Ginecooncología también es una clínica de gran tamaño que incluso brinda la atención en dos consultorios, por lo que el residente debe organizarse en cuestión de la distribución de días en cada uno. Las principales necesidades psicológicas identificadas recaen en manejo de la ansiedad ante biopsias, psicoeducación respecto a enfermedad e intervención quirúrgica.

Finalmente, un elemento en suma rescatable para la formación de residentes es la incorporación diaria a las clases médicas, puesto que favorece una rápida familiarización con generalidades de oncología, lo que se traduce en intervenciones psicoeducativas más completas para los pacientes y se favorece una comunicación abierta entre disciplinas, lo cual permite ampliar la presencia del psicólogo en el servicio. La asistencia del psicólogo en consulta externa, en hospitalización y en las clases médicas son solo algunas de las actividades que se desarrollan en el hospital. En el siguiente apartado se describen las actividades realizadas diariamente por los residentes.

Actividades diarias dentro del servicio

Las actividades que desarrolla el residente en medicina conductual diariamente dentro del servicio de oncología son variadas, se realizan en un horario de 7 de la mañana a 2:30 de la tarde aproximadamente, las cuales se enlistan en la Tabla 17 de acuerdo al horario establecido de cada una.

Tabla 17

Actividades realizadas en el servicio de oncología

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00	Clases médicas	Clases médicas		Clases médicas	Clases médicas
8:00	Pase de visita Consulta externa	Pase de visita Consulta externa	Sesión General Pase de visita	Pase de visita Consulta externa	Pase de visita Consulta externa
9:00	Consulta externa	Consulta externa	Presentación de caso clínico (10: 30)	Consulta externa	Consulta externa
10:00	Consulta externa	Consulta externa	Supervisión académica	Consulta externa	Consulta externa
11:00	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización	Supervisión académica	Atención en hospitalización	Sesión bibliográfica
12:00	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización	Supervisión académica	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización
13:00	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización	Supervisión académica	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización
14:00- 14:30	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización	Supervisión académica	Atención en hospitalización	Atención en hospitalización

Nota: Elaboración propia.

Pase de visita

Dependiendo de cada adscrito se da inicio al pase de visita junto con personal médico, actividad que comúnmente se realiza a las 8 de la mañana, excepto los días miércoles donde el inicio es después de la sesión general en un horario de 9 a 10 de la mañana. En esta actividad los médicos residentes proveen al equipo de salud un reporte verbal del estado actual del paciente resaltando las eventualidades más recientes de cada caso.

Aquí la función del residente en medicina conductual es identificar conductas problema de índole psicológica, observar el estado actual del paciente y realizar anotaciones

de lo observado, así mismo prestar atención a los próximos tratamientos, pronósticos, altas, etcétera en cada paciente.

Consulta Externa

Al término del pase de visita por el adscrito correspondiente, los residentes en medicina conductual pasan a consulta externa de la rotación asignada en un horario que va de 9 de la mañana a 12 del día aproximadamente. La duración de la rotación por cada clínica es de un mes y es asignada previamente por los R2 y la supervisora académica. Las actividades dentro de consulta externa consisten en la observación de cada paciente, con el objetivo de identificar y atender alguna problemática de índole psicológica.

Pláticas psicoeducativas

De manera quincenal, cada martes se realizan pláticas psicoeducativas a la población del servicio sobre temas de interés general para los pacientes como: tratamientos y efectos secundarios, recomendaciones para relacionarse con personal de salud, sugerencias sobre qué hacer durante y después de la hospitalización e información general del cáncer. La duración es de aproximadamente 20 minutos. En ella también es repartida información mediante trípticos y se da una difusión sobre la función del servicio de psicooncología.

Actividades académicas

La formación del residente en medicina conductual se complementa de información médica, de información vigente en técnicas psicológicas, de artículos aplicados que describen la labor en el ámbito de la salud y de una retroalimentación por personal experto en el área sobre el desempeño teórico y práctico constante del residente, en ese sentido se describen las actividades en las cuales se lleva a cabo lo señalado.

Clases Médicas

En punto de las 7:00 a.m. los días Lunes, Martes, Jueves y Viernes, los residentes de medicina conductual asisten a clases con los médicos del servicio. El objetivo general es el aprendizaje por parte de los residentes en generalidades de oncología en relación a: terminología, procesos salud- enfermedad, epidemiología, factores de riesgo, entre otros. Las clases son impartidas en el auditorio del edificio de enseñanza del hospital.

Sesión general

La sesión general es una actividad propia del hospital, en la cual se reúne todo el personal de salud que labora en él, ésta se lleva a cabo en el auditorio principal del mismo.

Se cuenta con la presencia de médicos adscritos, residentes, enfermeras, psicólogos e invitados acordes a la temática a desarrollar. Durante la sesión el personal asignado expone un tema de interés a la medicina que busca dejar una aportación intelectual a los presentes, finalmente se dialogan las dudas o comentarios referentes al tema expuesto.

Seminario (clase de técnicas)

Los días martes en un horario de 8 a 9 a.m. se comentan solo entre los residentes de medicina conductual del servicio, lecturas de rigor científico sobre las principales técnicas cognitivo conductuales empleadas en oncología. Los temas son asignados previamente por la supervisora académica y R2.

Presentación de casos clínicos

Esta actividad se realiza en presencia del Dr. Gallardo y supervisores académicos de otros servicios. En ella se expone semanalmente un caso representativo de la atención psicológica otorgada por los residentes, el orden de presentación es dictado por la coordinación académica. En la exposición de caso es relevante la participación y retroalimentación de los residentes respecto al tema expuesto, así mismo la consideración de áreas de oportunidad para futuras intervenciones (Ver anexo 4, 5 y 6).

Supervisión académica

La supervisión académica se realiza los días miércoles al término de la presentación de casos en un horario de 12 a 2 de la tarde aproximadamente, este horario puede ampliarse de acuerdo a las necesidades de la sesión, la supervisión se realiza en las aulas del edificio de enseñanza. Durante las sesiones se abordan problemáticas personales-académicas que pudieran interferir con la atención a pacientes y rendimiento de residentes. Otra de las actividades recae en la revisión de literatura de temas pertinentes al servicio, el desarrollo de un protocolo de investigación que en el presente caso consistió en el diseño y validación de un manual psicoeducativo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer cervicouterino, aunado a la constante revisión y retroalimentación de casos clínicos y finalmente el desarrollo del presente reporte de experiencia profesional, el cual sintetiza en su totalidad el trabajo realizado.

Supervisión in situ

En un horario de 11 a 12 p.m. y ante la presencia del Dr. Gallardo los días viernes de cada semana, es expuesto un artículo de interés general a los servicios del hospital por el

residente asignado, el cual es el encargado de elegirlo, exponerlo y proveer una síntesis a sus compañeros. El objetivo de la actividad recae en dialogar el papel del marco aplicado del modelo cognitivo conductual en los contextos de salud entre todos los residentes de medicina conductual y en ocasiones entre alumnos de psiquiatría o neuropsicología del Dr. Gallardo.

Actividades adicionales

Existen actividades que si bien no se encuentran descritas en el programa formalmente, los residentes del servicio han desarrollado para cubrir las necesidades de las instituciones a las que responde su formación, un ejemplo de ello son las evaluaciones psicométricas con el Cuestionario de Creencias de Personalidad (PBQ sus siglas en inglés) y el Cuestionario Burnout de Maslach al personal de oncología en el mes de Febrero del 2017, con el objetivo de evaluar las capacidades de cada miembro del servicio en cuanto a principales rasgos de personalidad y nivel de Burn out presentado.

Otra actividad de esta índole consistió en la plática a residentes de Oncología quirúrgica y Ginecooncología desarrollada en el mes de Agosto del 2017 sobre principios de Bioética, cuyo objetivo consistió en identificar las generalidades de esta disciplina en su labor cotidiano.

Por otro lado, la formación de los residentes en medicina conductual no se limita a actividades dentro de la Facultad y/o del HJM, sino se extiende a labores fuera de esas instituciones con el objetivo de un aprendizaje variado en calidad y cantidad.

Tal es el caso de la asistencia al XXVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, en Octubre 2017 donde se participó, en modalidad simposio el trabajo, “Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno adaptativo mixto en un paciente oncológico”.

Por último, en el mes de noviembre del mismo año se asistió como audiencia al evento “Jornadas de Oncología” conferencias realizadas en la FESI en el cual se repasaron generalidades de la oncología desde la perspectiva de cada una de las carreras impartidas en la facultad, eventos que permiten ampliar el conocimiento y dominio del área.

A nivel cuantitativo, en el siguiente apartado se describirán las intervenciones psicológicas realizadas durante todo el transcurso de la residencia, mediante la productividad recabada mensualmente.

Productividad

La productividad del 28 Enero al 22 de Mayo del 2018 dentro del servicio de psicooncología consta de 860 intervenciones. Con relación al sexo femenino se atendieron a 511 pacientes, por parte del sexo masculino fueron atendidos 349. En cuanto al tipo de atención psicológica (primera vez o subsecuente) en la Figura 8 se muestran los porcentajes por género presentados.

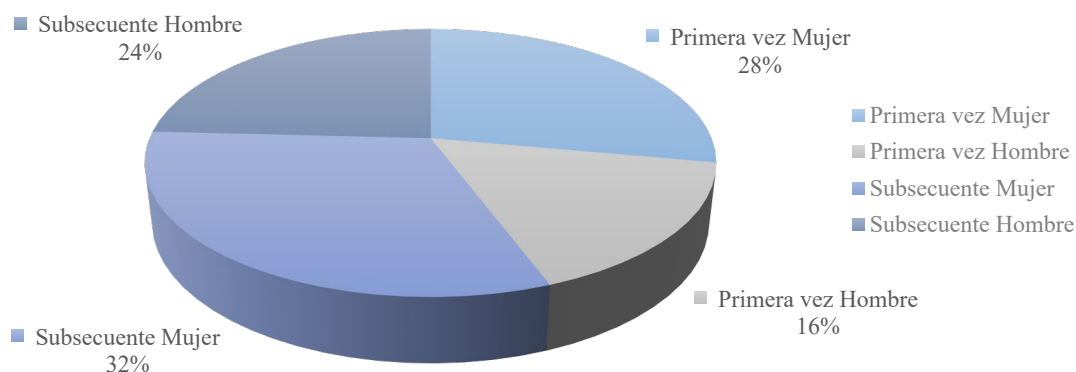


Figura 8 . Porcentaje del tipo de atención (primera vez o subsecuente) Enero a Junio 2017. Elaboración propia.

En general, durante la rotación el tipo de atención psicológica más común ocurrió en población femenina dentro de la modalidad subsecuente, esto en un 32%, lo que indica un alto índice de continuidad en el trabajo realizado, seguido de la atención de primera vez con presencia de un 28%.

Como se señala en la Figura 9, la clase de atención psicológica más frecuentemente empleada fue la de intervención, en un 60%, en segunda posición se identificó a la entrevista inicial con un 12% y finalmente a la entrevista de detección de problemas en un 11%.

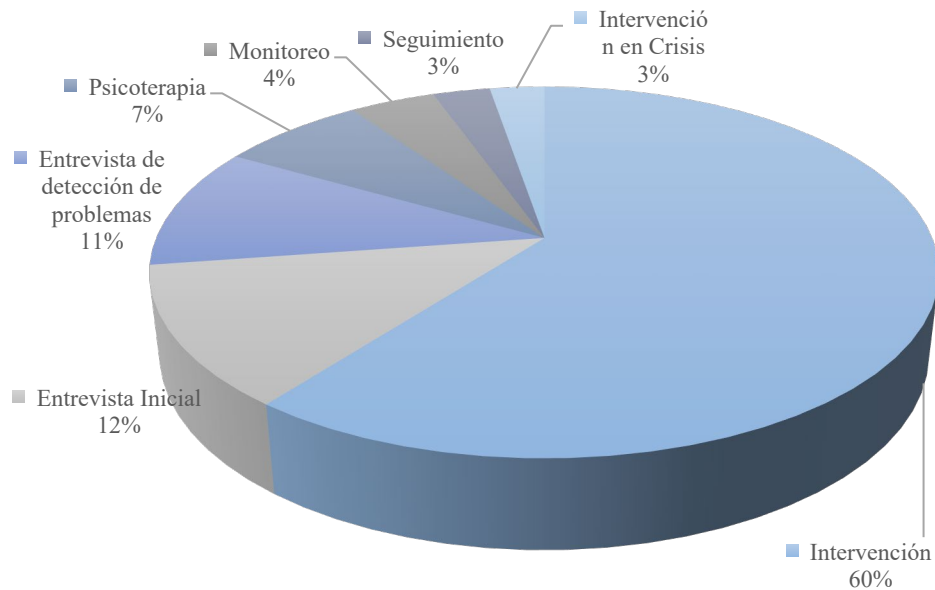


Figura 9. Porcentaje por tipo de atención realizada de Enero del 2017 a Junio 2018. Elaboración propia.

Por otro lado, durante el transcurso de la residencia se tuvo contacto con pacientes quienes padecían diferentes tipos de diagnósticos oncológicos, sin embargo, en la Tabla 18 se muestran solamente la frecuencia de los diez diagnósticos médicos más comunes.

De los cuales tumoraciones en estudio (116) es decir, pacientes los cuales están en protocolo de estudio y aún no cuentan con una confirmación diagnóstica formal, cáncer cervicouterino (108) y cáncer de testículo (86) fueron los principales.

Tabla 18

Diagnósticos médicos más frecuentes

Diagnóstico	Frecuencia
En estudio	116
Cáncer cervicouterino	108
Cáncer de testículo	86
Cáncer de mama	67
Cáncer gástrico	64
Cáncer de endometrio	44
Cáncer de ovario	37
Cáncer de colon	30
Cáncer de recto	30
Linfoma no Hodgkin	25
TOTAL	860

*Nota:*Elaboración propia.

En el periodo de la rotación, los lugares donde se realizaron las intervenciones fueron en *hospitalización, consulta externa y quimioterapia*. En la Figura 10 puede apreciarse la frecuencia de atención en cada instancia. Durante el periodo semestral de Enero del 2017 a Mayo del 2018 *el área de hospitalización* es donde se desempeñó un mayor número de intervenciones.

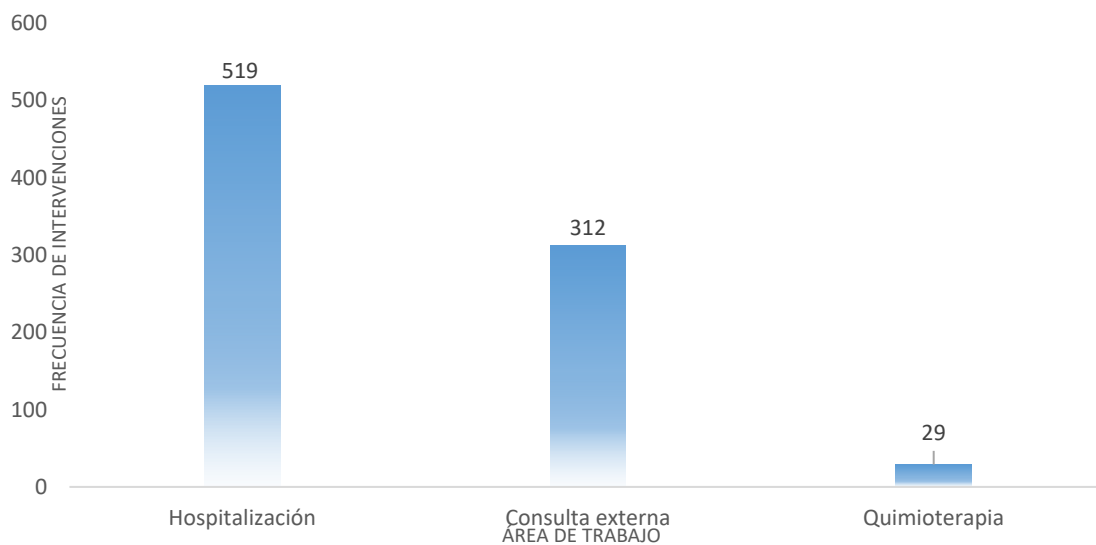


Figura 10. Frecuencia de intervenciones por área de trabajo durante Enero 2017 a Junio 2018. Elaboración propia

Respecto a los diagnósticos psicológicos con mayor presencia se encuentran seis como los más comunes. Como se puede observar en la Figura 11, el diagnóstico psicológico más frecuente es sintomatología depresiva con una prevalencia de 265 casos, seguido de factor psicológico con 219 diagnósticos.

Por otro lado, solo en el 17% de la población atendida, no se identificó la presencia de problemática psicológica aparente, lo que corresponde a 143 pacientes.

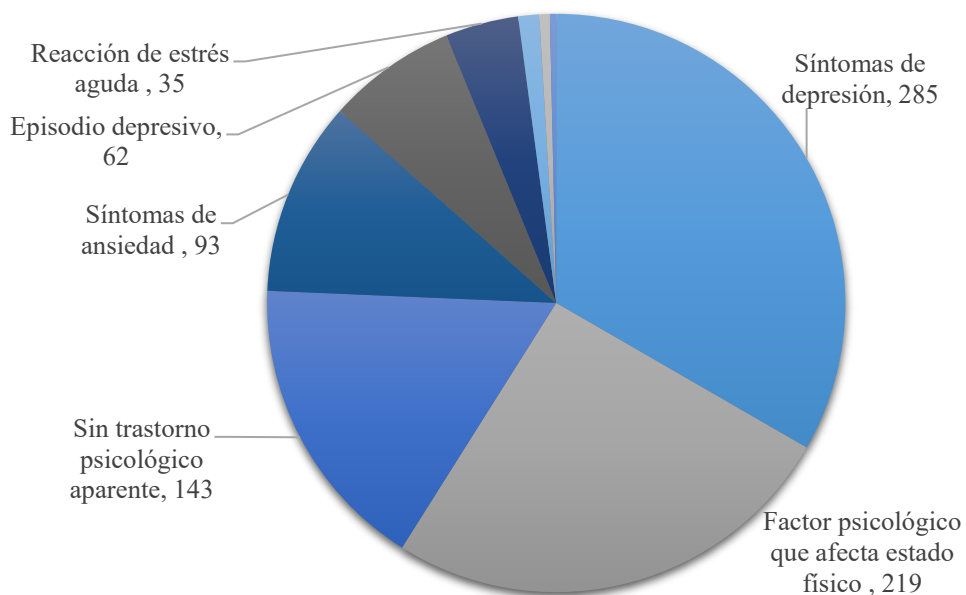


Figura 11. Frecuencia de diagnósticos psicológicos atendidos durante Enero 2017 a Junio 2018. Elaboración propia.

Por último, en la Figura 12 se presentan los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas mayormente utilizadas. Donde se identifican cuatro como las más frecuentes, estas son: *psicoeducación, orientación, terapia racional emotiva y activación conductual*. Estrategias benéficas en la principal problemática psicológica del servicio, la ya mencionada sintomatología depresiva.

Dado las condiciones contextuales que implica la atención hospitalaria, las técnicas más complejas como terapia cognitiva o activación conductual por señalar algunas no se realizan en su totalidad, sino mayoritariamente se emplean los componentes más relevantes para el paciente en cuestión.

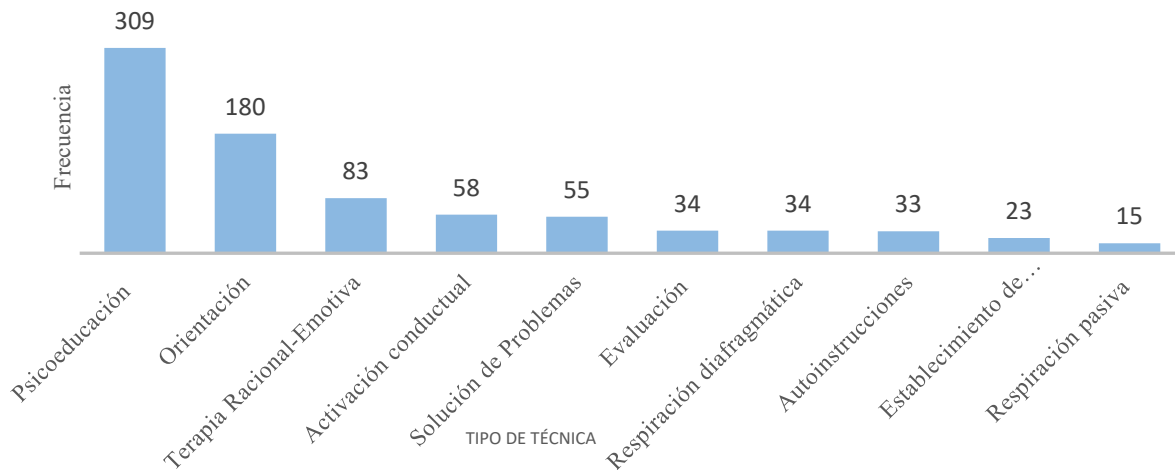


Figura 12. Frecuencia de técnicas psicológicas usadas en el periodo de Enero 2017 –Junio 2018. Elaboración propia.

Finalmente, cabe hacer la distinción sobre los elementos de la Figura 12 como orientación y evaluación los cuales, si bien no corresponden a técnicas psicológicas, se reportan en esta categoría debido al tiempo y énfasis dedicado durante el tratamiento psicológico, situación que se debe en parte a casos de pacientes atendidos solo en una única ocasión.

Evaluación final

Evaluación del servicio

El haber cursado la residencia en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México definitivamente fue una experiencia significativa tanto en el área personal como profesional, es un servicio que implica retos y formación constante. La carga de trabajo es amplia y el tipo de tareas son variadas, sin embargo, las recompensas superan el cansancio y estrés que pueda presentarse.

Con lo aprendido dentro de la residencia se logró evidenciar que las personas con una enfermedad oncológica y sus familiares más allegados están abiertas y dispuestas a la atención psicológica. Los malestares físicos y las circunstancias adversas a las que se enfrentan pacientes y familiares día a día dentro del hospital, implican un desgaste no solo físico, sino también psicológico y social que requiere de apoyo, orientación y trabajo sistematizado.

En ese tenor, ha sido fundamental en la formación de los residentes que cursamos por este servicio el contar con un espacio destinado a abordar tales problemáticas. El uso del consultorio 85 de oncología representa un espacio donde la confidencialidad, la comodidad, la empatía y un trabajo científico fundamentado aporta una solución a problemáticas tan variadas como: respuestas de estrés agudas, ansiedad, depresión, trastornos adaptativos mixtos, déficit en información, etc.

Oncología como uno de los servicios más grandes del hospital, permite rotar por las diferentes clínicas en existencia, lo que favorece un mayor conocimiento en cada tipo de tumoración dentro de la población mexicana, hecho que amplió la noción de las necesidades psicológicas y perfiles de cada tipo de paciente.

Por parte las clases diarias de los residentes médicos se pudo identificar que son demasiado útiles en nuestra formación, debido a que se presenta un rápido aprendizaje de terminología médica, lo que se traduce en intervenciones psicoeducativas precisas y confiables.

Dentro del servicio, si bien el clima laboral es complicado, se logró establecer una comunicación más activa del personal de psicooncología entre residentes y médicos adscritos, tanto para atención de pacientes difíciles como atención al mismo personal de salud.

Por otro lado, y hablando de las tareas académicas de la residencia, las sesiones de presentación de casos clínicos, consistieron en una tarea completa y compleja en cuanto a habilidades clínicas, de redacción, de presentación y retroalimentación significativas. Ahora ya se cuenta con un mayor nivel de exigencia en cuanto a la estructura y ruta crítica para armar la presentación del trabajo con los pacientes, se ha identificado qué elementos son los indispensables a plasmar y cómo se pueden llegar a modificar planes de intervención de pacientes con variadas enfermedades de tipo crónico degenerativas.

Por parte del desarrollo del protocolo de investigación titulado: “Programa psicoeducativo para disminuir ansiedad y depresión de mujeres con cáncer cervicouterino”, se aprendió a identificar herramientas tecnológicas como programas de diseño para realizarlo, así como un acercamiento en la metodología que se encarga de evaluar los criterios de calidad, cantidad, aceptación, claridad, entre otros, con una mayor sistematicidad,

hecho que permite la creación de otros materiales válidos y confiables en una población de interés en el futuro.

La supervisión académica que en este caso correspondió a la Mtra. Cristina Bravo González, consistió en una de las actividades más enriquecedoras dentro de la residencia, debido al compromiso y seguimiento tan cercano y organizado que se estableció con los integrantes de psicooncología, recibiendo durante toda la maestría una retroalimentación en suma personalizada de cada caso difícil, de avances de protocolo, y de actividades generales en el servicio. El uso de herramientas tecnológicas como la plataforma en One drive, permitió un reservorio de información fundamental (tanto bibliográfica, como sugerencias en casos) para el quehacer cotidiano del residente. Por parte de las evaluaciones bimestrales, su especificidad permitía identificar las áreas de oportunidad y los elementos que deberían corregirse para un mejor desempeño.

En cuanto a la supervisión in situ proporcionada por el Dr. Gallardo si bien era constante en las sesiones de casos y artículos, se buscaría que fuera más participativa en cuestiones relacionadas a lo biológico o farmacológico, en las cuales la psiquiatría puede aportar, y donde la psicología llega a quedarse corta, esto con el objetivo de entender completamente el funcionamiento del comportamiento humano y la evolución de ciertos trastornos mentales.

Una vez puntualizada una visión genérica del servicio y sus principales actividades, a continuación, se enlistan los distintos tipos de competencias que se desarrollaron durante el transcurso de la residencia.

Competencias logradas

Académicas

Respecto a las competencias académicas alcanzadas en la rotación por el servicio de oncología del Hospital Juárez de México se identificó una ampliación en el dominio de temas nunca antes revisados en la licenciatura como: intervención en crisis, abordaje de atención psicológica en pacientes terminales, manual diagnóstico y estadístico de los problemas mentales, suicidio, trastornos de la personalidad, técnicas para disminuir ansiedad y depresión, características psicológicas de las enfermedades crónico degenerativas, modelos de la terapia cognitiva, modelos de la terapia de solución de problemas, de inoculación del estrés, por mencionar algunos.

Por otro lado, se presentó una mejoría en recolección y síntesis de información, el tipo de pensamiento crítico, mayor sistematicidad en las tareas asignadas, el trabajo con un equipo multidisciplinario favoreció la familiarización con conocimiento de otras disciplinas, principalmente la médica ante temas como tipos de cáncer, factores de riesgo, factores pronósticos, tratamientos y cuidados paliativos.

Entre otras competencias académicas aprendidas se encuentran la elaboración del registro de productividad y manejo de las tablas dinámicas para una organización óptima de los datos de pacientes abordados.

A su vez, lecturas de textos en inglés y artículos académicos permitieron un avance en la comprensión de otro idioma, en la redacción adecuada de textos científicos, en la construcción de participaciones en clase con base en bibliografía seria, confiable y basada en evidencia.

Se desarrolló también la habilidad de búsqueda de información, sobre todo en bibliografía relacionada con el tema de interés para el protocolo de investigación, este último, a su vez permitió poner en marcha los conocimientos para crear material psicoeducativo con buenos estándares de calidad como infografías, carteles y manuales psicoeducativos.

La organización, planeación y exposición de temas en salud otorgados tanto a personal médico como a pacientes también figuró como una competencia a destacarse debido a las diferencias sustanciales en cuanto a tipo, calidad y profundidad de contenido en el discurso para cada tipo de población.

La estructuración y presentación de casos clínicos, la construcción de reportes tanto de evaluación, como de experiencia profesional y la construcción de instrumentos de evaluación fueron herramientas enriquecedoras que serán útiles en el futuro dentro de cualquier rama laboral de la psicología.

Clínicas

Las competencias clínicas que durante estos dos años de residencia se desarrollaron consistieron principalmente en un mayor dominio teórico y práctico en las técnicas cognitivo conductuales más acordes en el contexto hospitalario. Si bien en otros grados académicos se realiza una revisión teórica, las horas de práctica clínica llevadas dentro de la residencia permitieron una mejor fluidez en la ejecución de las mismas, además de una identificación en relación a con qué tipo de pacientes y en qué circunstancias aplicarlas.

Las horas de práctica clínica, lo heterogéneo de la población en pacientes del Hospital Juárez de México, la gran demanda que tiene el servicio de oncología dentro del hospital y la cantidad de pacientes atendidos diariamente favorecieron el desarrollo de un juicio clínico más agudo en cuanto a incorporar las múltiples variables causales (como estadio, tratamiento, edad, redes de apoyo, lugar de origen, pronóstico, comorbilidades, etc.) que influyen en el comportamiento del paciente oncológico y en los problemas psicológicos más frecuentemente presentados.

Por otro lado, elementos de entrevista clínica y el análisis funcional, se ejecutan ahora de una manera concisa, directiva, con objetivos determinados, con una mayor profundización en sus contenidos y mejores resultados en cuanto a información significativa recabada.

De la misma forma, se amplió el conocimiento en el dominio de modelos teóricos en cuanto a la conceptualización de casos clínicos. Lo anterior permitió que las sesiones con cada uno de los pacientes se optimizaran.

Personales

Las habilidades personales desarrolladas en el transcurso de la residencia se traducen en un mayor autocontrol ante situaciones críticas, por ejemplo: muerte, dolor intenso, respuestas emocionales exacerbadas, etc.

En una mayor empatía y calidez en el trato con los pacientes, en un compromiso con ellos que va más allá de lo académico y que responde a lo ético. En respetar y valorar los hechos y relatos de vida que las personas comparten, hechos que son tan íntimos que incluso no se llegan a compartir con alguien más.

Por otro lado, la tolerancia a la frustración al no ver los resultados que uno esperaba o que las condiciones actuales cambiaban de una manera no contemplada, es un reto constante en oncología.

Otra competencia personal que se desarrolló fue el cumplir con una carga de trabajo significativa, las variadas tareas en la residencia sobre todo los primeros semestres implican una carga de trabajo que particularmente no había presentado anteriormente, lo que conlleva a manejar niveles de estrés elevados, los cuales necesitan disminuirse mediante mejor organización, sistematicidad y programación de las tareas a cumplir.

El escuchar opiniones y ser más flexibles a otro punto de vista distinto al tuyo es una competencia personal que tiene la ventaja de enriquecer el trabajo y el pensamiento sobre

una determinada situación y que se puso a prueba durante tareas de la residencia.

A nivel personal la maestría también me permitió entender de una manera más cercana las relaciones jerárquicas que existen en cualquier institución, y con el tiempo entender que todas tienen su orden y su función, que lo más adecuado es respetarlas y entender el propósito del por qué existen. Finalmente me deja lo enriquecedor que es trabajar con un equipo de trabajo armónico, cooperador, participativo y comunicativo.

Comentarios y sugerencias

Para finalizar, se describirán algunas sugerencias y propuestas que buscan ampliar y mejorar el trabajo de la residencia, dentro del servicio de psicooncología.

Un área de oportunidad identificada durante la Maestría corresponde a las tutorías académicas, particularmente se considera que debería haber un mayor seguimiento a la supervisión realizada por el tutor sobre todo cuanto estos últimos son externos, en caso de presentarse un año sabático o alguna interrupción en la asesoría ofrecer el vincular al alumno con algún otro profesor disponible en ese ciclo escolar, que esté familiarizado en el tema a desarrollar.

Otra área que puede ser perfectible es la dinámica de la clase de técnicas, donde para los alumnos es imprescindible partir de una ejecución homogénea de las mismas, por ello se sugieren emplear estrategias como videos de role playing de los supervisores y tutores en la ejecución de estas (en casos reales o ficticios), puesto que el aprendizaje vicario ayudaría a facilitar los elementos básicos de cada una de las estrategias vistas en clase. También podría ser benéfico el invitar a profesores externos de otras instituciones a dar clases sobre las técnicas más recientes como las de tercera generación, sobre psiquiatría y sobre análisis funcional principalmente.

En cuanto a recomendaciones en el trabajo dentro del hospital se sugiere tratar de incorporar un programa establecido de atención y evaluación psicológica a residentes médicos de nuevo ingreso, en constructos como burnout, elementos de solución de problemas, inoculación al estrés y comunicación asertiva para mejorar la dinámica y clima laboral, esto a nivel grupal o individual, si es requerido.

Sugiero también el plasmar el trabajo de psicología bimestralmente con infografías respecto a tópicos de interés dentro del servicio (cuidados del cuidador, efectos de la quimioterapia, efectos de la radioterapia, burnout, qué hacer ante una crisis, etc.) y colocarlas

en los espacios para carteles tanto de consulta externa como de piso. Esto con el objetivo de difundir información relevante del área y el trabajo de psicooncología.

En la misma lógica considero necesario organizar un grupo de apoyo para los pacientes de manera establecida, esta tarea actualmente se encuentra bajo el trabajo de algunos estudiantes de trabajo social que no necesariamente cuentan con la información más adecuada de las necesidades de los pacientes, el que psicología lleve a cabo esa tarea brindará una mayor cobertura de los pacientes que cada vez piden más ese tipo de atención, sobre todo de aquellos que por horario se prolonga su estancia en el hospital.

A modo de conclusión el trayecto por la residencia en medicina conductual es muy satisfactorio e influyó en una parte integral de mi formación educativa. El trabajo con el paciente oncológico es bastante enriquecedor tanto en competencias personales, académicas y asistenciales. Es un posgrado recomendable que cumple con los estándares de calidad que caracterizan a la UNAM.

REFERENCIAS

- Agras, W. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 797-803
- Amayra, I., Etxeberria, A., & Valdosedá, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, 98(1), 10-15. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-articulo-manifestaciones-clinicas-las-complicaciones-emocionales-S030448580174348X>
- Asociación Americana de Psicología. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Quinta Edición. México: Panamericana.
- American Society of Clinical Oncology. (2018). *Cáncer de cuello uterino: Detección y prevención*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/detecci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). *Anxiety and depression*. Recuperado de https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_anxiety_depression.pdf
- American Cancer Society (2020). *Acerca del cáncer de cuello uterino*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino.html>
- Asociación Española Contra el Cáncer (2019). *Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el sistema nacional de salud en España*. Recuperado de http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/2019_Informe_AtencionPsicologicaCancer_Hospitales.pdf
- Bover, I. (2015). *Cáncer de cérvix*. Recuperado de https://docplayer.es/21408169-Autora-dra-isabel-ma-bover-barcelo.html#show_full_text
- Becerra, A. (2013). *Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México.
- Becerra, A., Reynoso, L., Fernández, M., & Rumbo, U. (2013). Elaboración y validación de contenido de dos folletos educativos para pacientes con cáncer de pulmón. *Revista de Educación y Desarrollo*, 25, 21-28. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antecedentesdetalle.php?n=25
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blanchard, E. (1977). Behavioral medicine: A perspective. En R. B. Williams y B. D. Gentry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment* (pp.443-453). Cambridge, Mass: Ballinger.

- Buxton, T. (1999) Effective ways to improve health education materials. *Journal of Health Education*, 30(1), 47-61. doi: <http://10.1080/10556699.1999.10628749>
- Cabrera-Macías & López-González E., López-Cabrera E., Arredondo-Aldama B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Finlay*, 7(2),115-127. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Canonni, G., & Borquéz, S. (2011). Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1),49-57. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70392-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70392-3).
- Castillo, I., Canencia, J., Zurbarán, M., Pertuz, D., Montes, M., & Jiménez, E. (2012). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, cartagena (colombia) 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 22-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n1/v66n1a03.pdf>
- Chavaro N., Arroyo, G., Alcázar, L., Muruchi, G. & Pérez I. (2009). Cancer cervicouterino. *Anales de Radiología México*, 1,61-79. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
- Cerezo, S., & Hurtado, C. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of behavior, health & social issues*, 3(2), 49-59. Recuperado de <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30218>
- Consejo General de la Psicología en España. (2019). *La importancia de abordar la salud mental en personas con cáncer*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8037
- Correa, K. (2014). Diseño y validación de material para una intervención educativa en pacientes con implante de Stent coronario. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación Universidad del Tolima*, 7(1), 159-170.
- Costa, S., Venícios, M., & Carvalho, A. (2014). Construcción y validación de cartilla educativa para alimentación saludable durante el embarazo. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 22(4),611-20. Doi: <http://10.1590/0104-1169.3313.2459>
- Cruz, F., Ferreira, E., Vasques, C., Mata, L., & Reis, P. (2016). Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2706. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0949.2706>
- Cuevas-Cancino, J., & Moreno-Pérez, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Doleys, D., Meredith, R., & Ciminero, A. (1982). *Behavioral medicine assessment and treatment strategies*. New York and London: Plenum Press.

- Dzul-Rosado, Puerto-Solís, & González-Losa (2004). Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección. *Revista Biomédica*, 15 (4),233-241.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, (196), 129-136.
- Espinosa, R., Arreola, R., Velázquez, C., & Rodríguez, R. (2014). Métodos de detección oportuna del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(4),48-52. Recuperado de <https://www.gamosmeo.com/temp/SUPLE%20%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
- European Society for Medical Oncology (2018). ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? Déjenos responder a algunas de sus preguntas. *Kstorfin Medical Communications*,7-17. . Recuperado de [www.esmo.org › content › download › file › ESMO-ACF-Cancer-de-](http://www.esmo.org/content/download/file/ESMO-ACF-Cancer-de-)
- Farfán-Muñoz, Barrón-Treviño, Jiménez-Domínguez, Vázquez-Morán, & Ayala-Atrián (2004). Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Revista de Enfermería*, 12(3), 123-130.
- Fernández, B., Martín, V., Sánchez, M., & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*,13(2-3), 191-204. doi: <http://DOI: 10.5209/PSIC.54432>
- Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M., & Aguilar, S. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920113025797>
- García, F., Martínez, E., & Cáceres, E. (2001). Implementación de un programa de intervención cognoscitivo conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. *Revista Colombiana de Psicología*, 10,41-52. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/20087/>
- García, M., Chismark, E., Mosby, T., & Day, S. (2010). Development and validation of a nutritional education pamphlet for low literacy pediatric oncology caregivers in Central America. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 25(4), 512–517. doi:<https://doi.org/10.1007/s13187-010-0080-3>
- García, S. (2018). *Elaboración y validación de un folleto educativo para pacientes con diagnóstico de leucemia linfóide aguda*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Globocan (2018). Population fact sheets “Mexico”. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Godoy, J. (1991). Medicina conductual. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de España.

- González-Hernández, B. M., Roldán-Ocampo, X., Bautista-Díaz, M.L., Reyes-Jarquín, K., & Romero-Palencia, A. (2020). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en mujeres con cáncer de mama. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 8(16), 129-134. <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i16.5585>.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Hernández-Hernández, D., Apresa-García, T., & Patlán-Pérez, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2),154-156. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462510>
- Hernández, M., Cruzado, J., & Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120179A>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero) datos nacionales*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf
- López O., & Hernández M. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 94-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>
- Martínez-González, J., Albein-Urios, N., & Munera P. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5,18-24. doi: <https://doi.org/10.21500/20112084.745>
- Massone, A., & Llull, D. (2017). Analisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 202-209. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281952112007>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J. (1987). Relationships of health psychology to other segments of psychology. En G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick, & J. E. Singer (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession (pp.41-59)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.

- Montalvo, E. (2011). Oncoguía: Cáncer cervicouterino. *Cancerología*, 1(6), 61-69. Recuperado de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>
- Montes, L., Mullins, P., & Urrutia, S. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2), 129-134. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200>
- Moscoso, M. (1994). La psicología de la salud: Un enfoque multidisciplinario acerca del estrés y cambio conductual. *Revista de Psicología de la PUCP*, 12 (1), 47-71
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7(3), 218-228.
- Moura, I., Silva, A., Rocha A., Lima L., Moreira T., & Silva A. (2017). Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 25(2934). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2024.2934>.
- Nicholson, K., & Burgess, M. (2002). *Communication in cancer care*. Oxford: Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Health promotion practice. Egipto: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (2018). *Mexico. source: Globocan 2018*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Organización Panamericana de la Salud (1984). *Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo en salud*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3285>
- Patiño, C. (2016). *Problemas psicológicos del paciente con cáncer de próstata: una propuesta de intervención* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México.

- Perez S., Martínez C., Estapé T., & Pérez E. (2018). *La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Evidencia científica, documentación sanitaria y visión de los facultativos sobre la asistencia psicológica a los pacientes de cáncer*. Fundación Mylan para la salud. Recuperado de https://www.fundacionmylan.com/-/media/mylanfoundaciones/files/atencion_psicologica_digital_def_2.pdf
- Pousa, V., Rodríguez, A., Miguelez, A., Hernández, M., González, M., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>
- Proenza, L. (2015). *Diseño de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con cáncer de cabeza y cuello*. (Tesis de Doctorado). Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Cuba.
- Ramírez, T. (2017). *Cáncer de cuello uterino. Manual MSD versión para profesionales*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumoresginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino>
- Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H., & Sampedro A. (2013). Guía psicoeducativa para el personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_psicoeducativa.pdf
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2014). Medicina conductual: introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Ed), *Medicina conductual: teoría y práctica* (11-26). México: Qartuppi.
- Reynoso L., Bravo M., Anguiano S., & Mora M. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite?, *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 45-53.
- Rico, F., Barra, M., Martínez, R., & Santiago R. (2019). Cáncer cervicouterino; la importancia para el médico general. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 8(3), 127-131.
- Rodríguez, O. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1, 5-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975002>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (2.a ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, J. (2019). Cáncer cervicouterino, con incidencia alta: experto. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/05/18/cancer-cervicouterino-con-incidencia-alta-experto-2785.html>
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.

- Secretaría de Salud (2011). El universo oncológico: más allá de la constelación del cáncer. *Gaceta del Hospital Juárez de México*, 1(4). Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/gacetas/gaceta_hjm3.pdf
- Secretaría de Salud (2012). *Misión del hospital juárez de méxico*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/interior/funciones/mision.html>
- Secretaría de Salud (2015). Estadísticas de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. *Gobierno de México*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2020). *Cáncer de cérvix*. Recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>
- Taylor, S.(1987). The progress and prospects of health psychology: Tasks of a maturing discipline. *Health Psychological*, 6, 73-87.
- Torres-Poveda, K. (2014). Epidemiología del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(4), 4-17. Recuperado de <http://www.gamomeo.com/temp/SUPLE%204%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
- Trask, P., Schwartz, S., Deaner, S., Paterson, A., Johnson, M., Rubenfire M., & Pomerleau, O. (2002). Behavioral medicine: The challenge of integrating psychological and behavioral approaches into primary care. Recuperado de <http://ecp.acponline.org/marapr02/trask.pdf>
- Wenk, E. (2005). *Metodología de la Investigación Científica. Apuntes de Clases*. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Younger, E., Wittet, S., Hooks, C., & Lasher H. (2001). *Guía para el diseño y elaboración de materiales informativos sobre vacunación y salud infantil*. Washington: PAHO.
- Zabalegui, A., Sánchez, S., Sánchez, P., & Juando, C. (2005). Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 15 (1),17-24.Doi: [http://10.1016/S1130-8621\(05\)71073-1](http://10.1016/S1130-8621(05)71073-1)

Anexo 1. Formato de entrevista sobre necesidades informativas del paciente

Entrevista semiestructurada de necesidades informativas del paciente

Edad:

Ocupación:

Tiempo de Dx:

Al recibir su diagnóstico médico ¿Qué información le hubiera gustado saber?:

Información sobre:

- a) Qué le pasa en su cuerpo
- b) Qué le pasa en sus emociones
- c) Qué cambios podría presentar en su persona
- d) Cómo comentarlo con familiares y amigos
- e) Qué pasos seguir al venir al hospital
- f) Cómo enfrentar la enfermedad de la mejor manera
- g) Cuidados en general
- h) Otro: _____

Anexo 2 . Formato de evaluación por jueces



CONTENIDO			ESTRUCTURA			SUGERENCIAS
Pertinencia SI /No	Cantidad de Información SI /No	Calidad de Información SI /No	Ortografía (coloque la palabra)	Redacción SI/No	Diseño SI/No	

Anexo 3. Manual psicoeducativo



Elaborado por:



Licenciada en psicología Claudia Verónica Patiño Canto

Posgrado en psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
U.N.A.M

Supervisado por:
Supervisora académica Mtra. María Cristina Bravo González

Datos del paciente



Nombre:

Expediente:

Teléfono:

Presentación



La manera de reaccionar de cada paciente ante la noticia del diagnóstico de cáncer cervicouterino es muy variable, algunas pacientes tienden a adaptarse rápidamente, mientras otras presentan problemáticas como ansiedad y depresión.

Por ello, el presente manual pretende desde una perspectiva psicológica puntualizar información y estrategias que puedas desarrollar durante el transcurso de tu enfermedad.

En este **manual** encontrarás:

- 1 Información que facilite tu asistencia al hospital.
- 2 Información sobre ansiedad, depresión y que puedes hacer para disminuirlas.
- 3 Información sobre el papel de la familia durante este proceso.

¿Cómo me siento?

En esta hoja registrarás **por sesión** tu estado de ánimo. Deberás tachar el número que mejor se acerque a lo que sientas **cada que visites a la psicóloga**, donde **0 es nada y 10 es bastante**.

1

Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2

Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3

Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4

Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Índice

1

Para iniciar... 1-6

2

¿Qué es la ansiedad y depresión?

La ansiedad 7-24
La depresión 25-33

3

La Familia 34-37



Para iniciar...

Vivir con una enfermedad como el **cáncer cervicouterino** puede causar en la mujer no solo cambios físicos sino también psicológicos.

Este manual pretende orientarte en estrategias útiles que mejoren tu estado de ánimo.

!Comencemos!



1



Como se detallará más adelante tu **colaboración y participación activa** en el tratamiento psicológico al igual que en el tratamiento médico es fundamental.

A continuación te enlistamos recomendaciones que faciliten la ayuda en la terapia:

1. Asiste cada semana

Comprométete con la terapia avisa si no puedes asistir al teléfono que la psicóloga te proporcionará.

2. Haz las tareas

Pon en práctica lo que aprendas, recuerda que pasas la mayoría del tiempo en casa u otros lugares, es ahí donde tienes que practicar más.

2

Importante

3. Expresa lo que sientes

Si tienes duda, preocupación o molestia puedes compartirlo durante la sesión con tu psicóloga, recuerda proporcionar información que sea verdadera.



4. Vuelve

No abandones el apoyo psicológico. Es una parte muy importante para afrontar tu enfermedad con un mayor número de herramientas tales como, técnicas de relajación o modificación del pensamiento.

3

Participación
activa

¿Qué significa eso?

Significa :

- Seguir las indicaciones médicas y psicológicas
- No postergar la atención
- Acudir en tiempo y forma a las citas
- Informarte sobre la enfermedad en fuentes confiables
- Comprometerte a realizar los cambios necesarios en pro de tu salud
- Preguntar las dudas que tengas a tu médico
- Buscar alternativas ante las dificultades

4





Tiene ventajas como:

- ▶ Una mejor calidad de vida
- ▶ Un mayor control sobre tu enfermedad
- ▶ Seguir correctamente el tratamiento
- ▶ Entender mejor tu enfermedad
- ▶ Comprender fácilmente las recomendaciones de los médicos
- ▶ Saber cuándo acudir al médico
- ▶ Identificar y/o prevenir complicaciones futuras
- ▶ Disminuir la **ansiedad y depresión**

5



¿Qué es la ansiedad y depresión?



A continuación se explicará cual es la **importancia de nuestras emociones** y cómo se relacionan con lo que pensamos y hacemos día con día.

A lo largo del manual trata de responderte las preguntas de:

- ¿Qué estoy sintiendo?
- ¿Por qué me está pasando eso?
- ¿Cómo es que pasa? y
- ¿Qué puedo hacer para solucionarlo?



Las emociones

Son recursos psicológicos que tienen **diferentes funciones**, por ejemplo:

Sirven para adaptarte a diversas situaciones

Ayudan a comunicarte y formar relaciones con otros

Te motivan

En algunas ocasiones éstas dejan de ser normales y pasan a ser **un problema** pues resultan bastante **frecuentes, intensas y duraderas**. Un ejemplo de ellas son:



La ansiedad

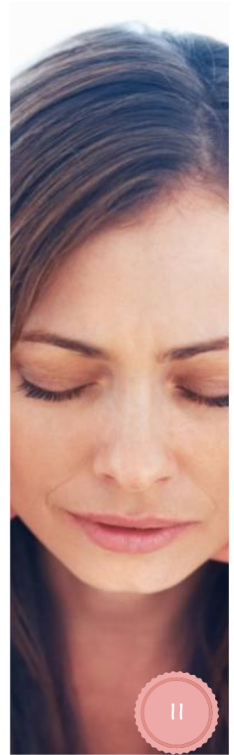
En algún momento de nuestra vida todos tenemos **ansiedad**.

Esta ansiedad en niveles normales ayuda a mantenernos alerta y concentrados para enfrentarnos a situaciones amenazadoras o difíciles, es normal que las personas con cáncer sientan miedo y ansiedad en diferentes momentos de su enfermedad como el tratamiento y la recuperación.

Sin embargo, en algunos casos hay personas que sienten **nerviosismo extremo y preocupaciones que están ahí constantemente.**

La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e **interfiere con actividades diarias**, como dejar de acudir a las citas médicas, no realizarse los procedimientos médicos que se indican y/o dejar el tratamiento.

Cuando debido a este estado dejamos de realizar actividades importantes de la vida cotidiana, como familiares, sociales y laborales se puede hablar de un problema.



La ansiedad

se expresa



► **En el cuerpo como:**

Latidos rápidos del corazón, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias en el estómago, tensión y rigidez en alguna parte del cuerpo.

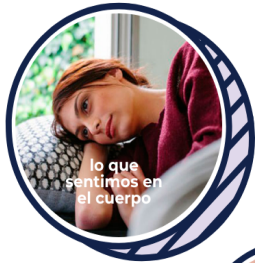
► **En los pensamientos y emociones como:**

Pensar en tener "ansias o nervios", sensación de que va a "pasar algo malo", "estar con la mente en blanco", "querer salir corriendo", sentirse insegura, con incertidumbre, con dificultad de tomar decisiones.

► **En lo que hacemos como:**

Mover demasiado manos y piernas, no dormir bien, comer menos o mucho más de lo acostumbrado, morderse las uñas, no querer salir de casa, evitar entrar al hospital, quedarse callada o inmóvil.

La ansiedad



Se presenta de forma diferente en cada persona.

Sin embargo, se puede presentar tanto en:

- **Lo que pasa en el cuerpo** (por ejemplo: sudar)
- **Lo que pensamos** (por ejemplo: "el cáncer regreso")
- **Lo que hacemos** (por ejemplo: morderse las uñas)

13



¿Cuándo pedir ayuda?

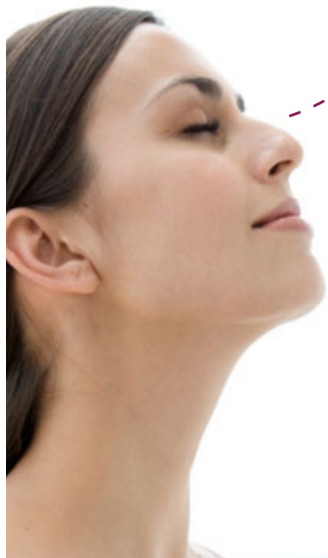
Cuando tu ansiedad sea:

- Demasiado frecuente y se mantenga tiempo después de que haya pasado la situación que la provocó.
- Sea demasiado intensa para la situación que la ha provocado.
- Cuando tengas alteraciones producidas por la tensión: cansancio, dolor muscular, fatiga, insomnio, etc.
- Cuando tengas sensación de bloqueo o dificultad para tomar decisiones que interfieran en tu vida y/o pensamientos que interfieran con tu vida.
- Cuando por miedo, evites situaciones que antes no evitabas.

Pese a que la ansiedad genera en nuestro cuerpo reacciones fuertes y difíciles de controlar, si existen cosas que puedes hacer para disminuirla. **Una de ellas es la respiración diafragmática.**

14

¿Qué es y cómo se realiza la respiración diafragmática?



Es una técnica que busca lograr un **ritmo más profundo y lento en la respiración** para relajarte y disminuir en un primer momento la ansiedad.

Puedes realizarla sentada, acostada o de pie.

Para comenzar le prestarás atención a tu respiración, muchos de nosotros respiramos rápido, entre cortado y tenemos sensación de ahogo. Con esta estrategia se buscará lo contrario.

15

¿Qué es y cómo se realiza la respiración diafragmática?



Comienza tomando **aire lenta y profundamente** por la nariz, llevándolo hasta el final de los pulmones, e inflando voluntariamente el abdomen.

A continuación, **se retiene unos segundos** la respiración y se expulsa lentamente el aire por la boca.

Durante los primeros días de aprendizaje, coloca **una mano encima de tu pecho, y la otra sobre tu abdomen**.

Cuando respires, la mano que debe elevarse es la que está sobre el abdomen, no la que está sobre el pecho.

16



Sirve imaginar que tu abdomen es como un globo que se infla y desinfla.

Se recomienda emplear esta técnica en un momento y un lugar donde no vayas a ser interrumpida.

Que uses ropa cómoda o aflojes cinturones que puedan apretarte la cintura.

Practícala entre tres y cinco veces al día durante 3-5 minutos no solo cuando te sientas tensa, también en momentos de tranquilidad.

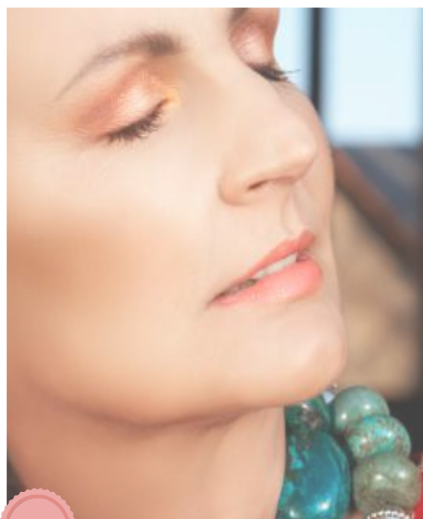
Puedes usar la respiración ante situaciones como:

- ▶ Biopsias
- ▶ Radioterapia
- ▶ Quimioterapia
- ▶ Cirugía

Antes, durante y después de tu consulta.

17

¿Mis pensamientos importan?



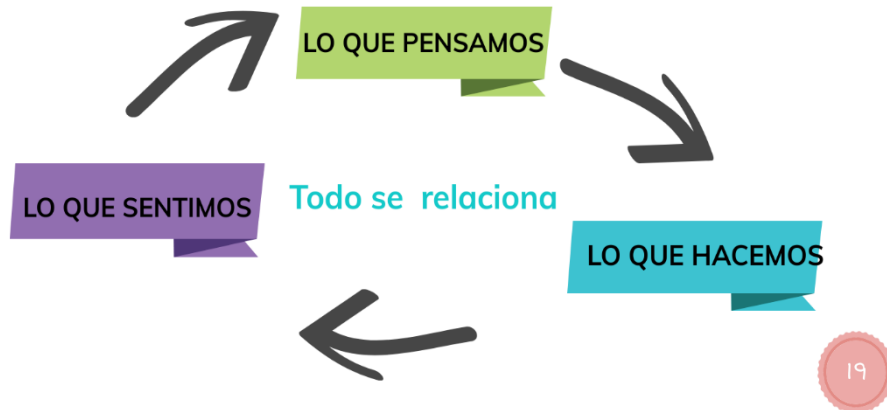
18

Efectivamente, los pensamientos que tengas influyen de manera muy importante en la forma de enfrentarte al cáncer, he ahí la importancia de **cuidar que pensamos y cuando lo pensamos.**

Habrán ciertos pensamientos que en lugar de ayudarte pueden causar mayor malestar y favorecer la presencia de ansiedad y depresión.

¿Mis pensamientos importan?

Al entender cómo tus pensamientos influyen en tus acciones y sentimientos, puedes aprender a tener un mayor control sobre los mismos y a sentirte mejor.



Ejemplo:

A continuación se presentará el caso de María quien acaba de ser diagnosticada con CACU, su próximo tratamiento será quimioterapia y radioterapia.





En el caso anterior el pensamiento de "no voy a aguantar la quimio, me va a quemar por dentro" le ocasiona a María mayor malestar y le impide continuar con su tratamiento pues por la ansiedad que presenta faltó a su consulta.

Ese es un ejemplo de un pensamiento de tipo catastrófico.

Se llaman así por que son pensamientos que tienden a ver lo peor de la situación, lo más desfavorable o lo más problemático, causan mucho malestar y no necesariamente son reales.

Como su nombre lo indica ven todo como una CATÁSTROFE.

21

Algunos otros errores en nuestra forma de pensar son:



- **Inferencia arbitraria:** sacar conclusiones cuando la información es insuficiente. Ejemplo: "El Dr. me mando estudios, el cáncer esta regado por todos lados"
- **Sobregeneralización:** es una conclusión definitiva a partir de un pequeño dato. Ejemplo: "Tengo un conocido con cáncer y le fue mal, me va a pasar lo mismo"
- **Magnificación:** exagerar la importancia de un pequeño suceso negativo. Ejemplo: "Nadie me pudo acompañar a mi consulta, nunca les he importado"
- **Minimización:** disminuir la importancia de un suceso positivo. Ejemplo: "De que sirve venir a todas mis consultas"
- **Los debería:** cuando te dices a ti misma que las cosas "deberían ser" como tú deseabas o "esperabas" que fueran. Ejemplo: "Debo de estar bien y fingir que nada me pasó"

22

En trabajo conjunto con tu psicóloga, **identificarás y modificarás los pensamientos** que en tu caso te afecten en lugar de beneficiarte.

Sin embargo, puede servirte el preguntarte:

1. ¿Qué pienso cuando estoy ansiosa?
2. ¿Estoy pensando en hechos o en suposiciones?
3. ¿Me estoy adelantando a algo que aún no pasa?
4. ¿De qué me sirve tener este pensamiento?



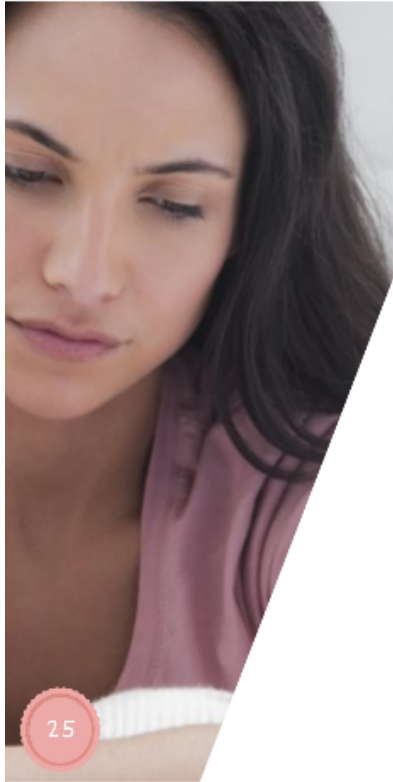
23

Para repasar...

Cada vez que te sientas **nerviosa o preocupada**, intenta completar la siguiente tabla y comprueba los resultados.

¿Por que situación me estoy sintiendo mal?	¿Qué pienso al respecto?	¿Cuál es el error en estos pensamientos?	¿Por qué otro pensamiento lo puedo cambiar ?	¿Qué emoción siento ahora con el nuevo pensamiento?

24



25

La depresión

La depresión es un problema del estado de ánimo que se presenta muy a menudo en personas con cáncer.

Cuando a alguien le diagnostican esta enfermedad puede creer que muchos planes que tenía se han perdido.

Se presenta incertidumbre, desesperanza, sensación de vacío.

Al igual que la ansiedad, la depresión puede presentarse tanto en lo que hacemos, en lo que sentimos en el cuerpo y en lo que pensamos.



Importante

Es importante saber que hay diferentes tipos de depresión.

La depresión mayor tiene síntomas específicos que duran más de dos semanas.

Para diagnosticar la depresión, se usan exámenes físicos, exámenes mentales. El diagnóstico lo realiza un médico o un psicólogo.

Es normal sentir tristeza cuando te enteras que tienes cáncer, pero un diagnóstico de depresión va más allá de sentirse infeliz.

26



27

¿Cómo sé si tengo depresión?

Se puede sospechar de depresión al cumplir cinco o más de los siguientes elementos durante dos semanas :

- *Sentirte triste casi todo el tiempo
- *Perder el placer y el interés por las actividades que solías disfrutar
- *Sufrir cambios en los hábitos de alimentación y sueño
- *Tener respuestas físicas o mentales más lentas
- *Sentirte inquieta o nerviosa, cansarte sin explicación
- *Sentirte inútil, desesperanzada o indefensa
- *Sentir mucha culpa sin motivo
- *No poder prestar atención
- *Pensar lo mismo una y otra vez
- *Pensar constantemente sobre la muerte o el suicidio



Al sentirte deprimida muchos pensamientos pueden girar entorno a:

- *Miedo a la muerte
- *Cambios en tus planes de vida
- *Cambios en tu imagen corporal y autoestima
- *Cambios en la vida diaria
- *Preocupaciones por el dinero

Es importante que compartas con tu psicóloga estos pensamientos para saber como manejarlos.

Puede ser útil el mismo ejercicio ya descrito en la pág. 24.

28

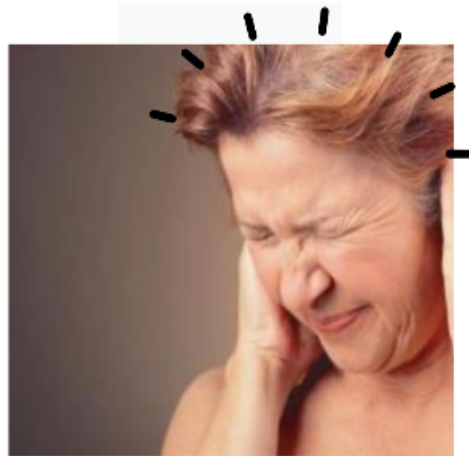
¿Qué puedo hacer?

Anteriormente fue señalado que uno de los síntomas principales en las personas con depresión es la pérdida de interés en las actividades que se solían realizar.

Esto debido a que las personas deprimidas suelen tener diferentes tipos de pensamientos negativos que te mantienen en la inactividad.

Por ejemplo:

"Ya no sirvo para nada, quisiera morirme"



29

¿Qué puedo hacer?



Es importante entender que no solo modificando nuestros pensamientos podemos sentirnos mejor, **es importante también cambiar lo que hacemos.**

Pregúntate

- ¿Cuáles son tus actividades diarias?

A partir de que te has sentido deprimida ¿Qué has dejado de hacer que antes disfrutabas?

Entre menos actividades agradables tiene la gente, más deprimidas se sienten.

30

Se forma un ciclo

En tu vida cotidiana actualmente pueden existir:

- Muy pocas actividades
- Actividades que no te gustan o interesan
- Demasiadas actividades que te desagradan



Mientras menos cosas agradables haces, más deprimida te sientes. Mientras más deprimida te sientes, menos cosas agradables haces.

31



¿Qué puedo hacer?

Para romper ese ciclo se recomienda comenzar a retomar poco a poco actividades agradables.

No necesariamente tienen que ser **SÚPER** actividades sino situaciones sencillas que se puedan realizar.

Por ejemplo: Salir con una amiga, Cuidar a los nietos, Cocinar, Leer, Salir a un parque, hablar por teléfono etc.

Junto con tu psicóloga realizarán una lista de 10 actividades agradables para ti que puedes incorporar a tu rutina.

Acordarás con ella los días y el tiempo que le dedicarás a las mismas. Sin olvidar cuidar los pensamientos que te ayudan o te dificultan realizarlas.

32

Para repasar...

En este horario junto con tu psicóloga **organizarás tus nuevas actividades** a realizar.

TIEMPO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

33

La familia

La **familia es CLAVE** durante la enfermedad.

Son el primer punto de apoyo que tienes para enfrentar el cáncer durante todas sus etapas.

Tener cerca a las personas importantes para ti y hablarles de tus emociones y pensamientos disminuye el malestar.

Muchas veces para evitar preocuparles se guardan miedos y temores, sin embargo, lo más sano es platicar de ellos y compartirlos.

Dado que es común que no sepan cómo acercarse o qué hacer, en la siguiente sección se señalan sugerencias que les faciliten a los miembros de la familia sobrellevar la enfermedad.

34



A los familiares

¿Qué hacer?

- Emplear un buen sentido del humor puede ser una manera importante para sobrellevar la enfermedad.
- Cuando la persona con cáncer se vea bien, ¡dígaselo!.
- Evite comentarios cuando la apariencia no sea tan buena.
- Por lo general es mejor NO contar historias acerca de parientes o amigos suyos que han tenido cáncer.
- Deje que la misma persona con la enfermedad sea quien informe sobre su cáncer.
- Respete la necesidad de la persona para compartir o no su situación.



A los familiares

¿Qué hacer?

- Permitir que sepa que usted se preocupa por ella.
- Respetar su decisión de cómo se va a tratar el cáncer, aunque no esté de acuerdo.
- Incluir a la persona en proyectos normales o en actividades sociales.
- Escuchar sin sentir que siempre tiene que contestar. A veces, lo que la persona más necesita es alguien que escuche.
- Esperar que la persona con cáncer tenga días buenos y malos, emocional y físicamente.
- Mantener su relación tan normal y balanceada como sea posible. Su familiar también debe seguir respetando sus sentimientos como usted respeta los suyos. Son un equipo.



A los familiares

¿Qué NO hacer?

- Ofrecer opiniones o consejos no solicitados.
- Sentir que tiene que aguantar cambios de humor o muestras violentas de enojo.
- Tomar las cosas demasiado personales.
Es normal que la persona con cáncer esté más callada de lo normal, que necesite tiempo para estar sola, y que a veces manifieste enojo.
- Tener miedo de hablar de la enfermedad.



A los familiares

¿Qué NO hacer?

- Decir a la persona con cáncer "puedo imaginar cómo te sientes", porque en realidad esto no es posible.
- Sentir que siempre tiene que hablar de cáncer. Tal vez su familiar disfrute conversaciones que no tengan que ver con su enfermedad.
- Tener miedo de abrazar o tocar a su familiar, si dicho contacto era común antes de la enfermedad.



Finalmente

A lo largo de estas paginas aprendiste a identificar que es una participación activa durante tu tratamiento, a definir que es la ansiedad y la depresión, también aprendiste a poner en marcha estrategias para disminuir estos problemas y a contemplar a tu familia como parte fundamental en cada etapa del cáncer cervicouterino.

Ahora ya cuentas con mayor información y herramientas para hacer frente a tu enfermedad.

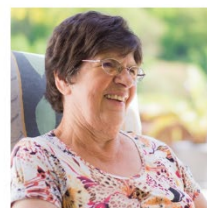
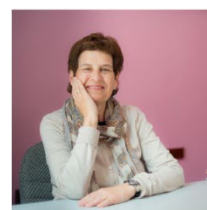
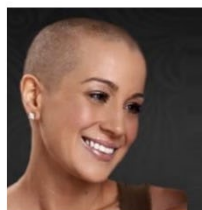


39

Felicidades por llegar al final de este manual.

Gracias por leer el contenido y poner los ejercicios en práctica, esperamos sea de utilidad en este proceso.

Consultorio 85
Psicooncología



40

Referencias

American Psychological Association (2017). *Psicoterapia y depresión*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>

American Cancer Society (2017). *Cuando alguien que usted conoce tiene cáncer*. Atlanta, GA: American Cancer Society. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/>

American Cancer Society (2017). *La ansiedad, el miedo y la depresión*. Atlanta, GA: American Cancer Society. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao.

Hospital Universitario 12 de Octubre (s/a). *Manual psicoeducativo para pacientes con cáncer de mama*. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satelliteblobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=manual+pacientes+psicooncolog%C3%ADa.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=Hospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310878981364&ssbinary=true>

Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. (2017). *Familiares a cargo de pacientes de cáncer: funciones y desafíos (PDQ®)-Versión para profesionales de salud*. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer de E.U. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq>

Moorey, S. Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. Oxford: Helnemann Medical Books.

Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola, John Guzmán, Jeannette Rosselló y Guillermo Bernal (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión. Adaptación para adolescentes puertorriqueños*. Recuperado de: http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf

Anexo 4. Caso clínico 1

Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual /
Psicooncología

Lic. Psic. Claudia Verónica Patiño Canto
Caso clínico 1

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Nombre: Ana Lizbeth Hernández
Castañeda
Edad: 24 años
Sexo: Femenino
Estado civil: Soltera
Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Empleada
Religión: Católica
Lugar de origen: Michoacán
Lugar de residencia: Estado de México
Diagnóstico médico: Cáncer
cervicouterino etapa IIIb

SELECCIÓN DEL CASO:

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo ilustrar la presencia de sintomatología mixta (ansiosa y depresiva) en una paciente joven con diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapa de tratamiento y el papel del residente en medicina conductual como facilitador en el desarrollo de habilidades de afrontamiento durante este proceso.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es atendida por primera vez por el servicio de Psicooncología / Medicina Conductual, el día 26 de Enero del 2017. Acude por iniciativa propia a partir de la entrevista de detección de problemas realizada en la consulta externa de ginecooncología dos días antes, lloro,

me acuerdo de mi hijo, quisiera dejar todo e irme para allá, estar con él, lo extraño” (sic pac.).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Paciente habita en casa propia construida de materiales perdurables, que cuenta con todos los servicios de urbanización: luz, agua, drenaje. Alimentación regular en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- **Crónico-degenerativos:** Interrogados y negados
- **Infecto contagiosas:** Interrogados y negados
- **Antecedentes quirúrgicos:** Interrogados y negados
- **Toxicomanías:** Interrogados y negados

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS:

La paciente no refiere antecedentes psicológicos patológicos de relevancia, niega haber recibido atención de tipo psicológica y/o psiquiátrica con anterioridad.

DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

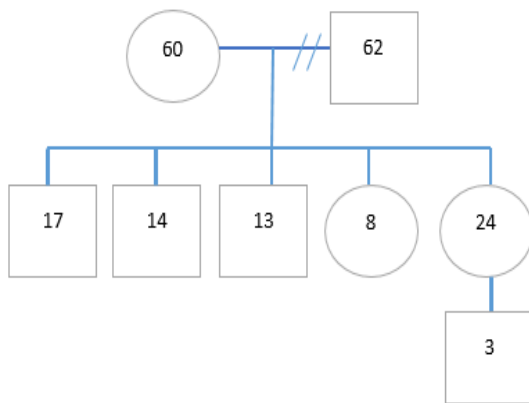


Figura 1. Familiograma actual de la paciente. Fuente: Elaboración propia.

L. tiene cuatro hermanos, ella es la mayor con 24 años, tiene un hijo de tres años.

Actualmente L. vive con tía materna y primo en la ciudad de México a la que se mudó desde finales de Noviembre de 2016. No tiene relación cercana con padre. Recibe apoyo económico de hermanos, madre y tía. Apoyo instrumental y emocional de tía, primo y hermano mayor.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Médica

- **Junio del 2016** L. inicia con presencia de salida de material fétido con tratamiento por infecciones vaginales.
- **Agosto del 2016** se presenta a hospital de Michoacán por hemorragia trasvaginal en donde se encuentra tumoración cervical. Se toma biopsia y es enviada al servicio de oncología del Hospital

Juárez de México con reporte de carcinoma escamoso de células grandes no queratinizantes

- **Noviembre 7 del 2016** se realiza cistoscopia.
- **Noviembre 26 del 2016** se realiza una tomografía computarizada (TC). Resultado tumoración infiltrativa a nivel de cérvix, recto, uretero derecho y anexo derecho, hepatomegalia, hidronefrosis.
- **Diciembre 6 del 2016** paciente con cáncer de cérvix adenoescamoso concomitante poco diferenciado candidata a radioterapia (RT), se envía a urología para colocación de catéteres doble JJ.
- **Diciembre 12 del 2016** consulta oncomédica: se propone quimioterapia (QT) con paclitaxel y carboplatino. Se ingresa para colocación de catéter e inicio de quimioterapia.
- **Diciembre 21 del 2016** consulta RT candidata para manejo concomitante, 25 sesiones.

Psicológica

La paciente refiere que a partir de notar cierto líquido extraño empezó a “preocuparse y a sentir que no era normal”, presentaba ansiedad caracterizada por: sudor y tensión en manos y piernas al momento de la revisión ginecológica.

Posteriormente ante posibilidad de cáncer aumentó la presencia de esta conducta principalmente dentro del nivel cognitivo

donde se presentaron pensamientos de incertidumbre respecto al futuro inmediato “¿Qué va a ser de mí, que será lo que tengo? ¿Si es cáncer que voy a hacer? No quiero dejar a mi hijo” (sic pac).

Ante la sugerencia del médico tratante de atenderse en el Hospital Juárez L., refiere un aumento de tristeza, llanto y preocupación por dejar a su hijo, lo que le ocasionaba problemas de sueño recurrentes (4 de 7 días de la semana). Esto comenzó a finales del mes de noviembre-diciembre del 2016.

PROBLEMÁTICA ACTUAL

L. refiere que, a partir de la confirmación diagnóstica, inicio de consultas médicas continuas en el Hospital Juárez de México y el mudarse a la CDMX a vivir con tía y primo se presenta a nivel motor llanto movimiento de manos y suspiros.

A nivel cognitivo “tristeza” (ERA 8 de 10) y pensamientos relacionados a hijo y antiguo hogar, refiere: “Me siento triste, lloro, extraño mucho a mi hijo, a veces quisiera dejar todo e irme con él” (sic pac). A nivel fisiológico se presenta insomnio (dormir dos horas menos de lo acostumbrado), opresión en el pecho y nudo en la garganta. Por lo que tiende a aislarse y no comentarlo con familiares.

L. refiere que otra de sus preocupaciones, son los efectos secundarios que presentará en la radio y quimioterapia (al momento de la evaluación se encontraba en la segunda aplicación ambulatoria de QT, y próxima a pasar a valoración de RT).

Manifiesta sentirse la mayor parte del

tiempo “preocupada” refiere: “me siento con miedo de lo que pase, de que me vaya a doler, he escuchado a personas a las que les duele mucho, no sé qué me vaya a pasar, no puedo dormir me siento como con nervios, me da miedo el catéter, que me empujen en el metro, que esto no funcione, no sé cómo es la radioterapia “(sic pac). Respecto a esta situación refiere quedarse “inmóvil” y no preguntar dudas o comentarios a los médicos. Cuando se presenta esta situación en casa tiende a caminar para” tranquilizarse” (sic pac). Finalmente comenta seguir presentado problema de sueño esto aproximadamente 4 de los 7 días de la semana.

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente de complexión caquéctica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes a su edad. Al momento de la entrevista eran evidentes los primeros efectos secundarios de la quimioterapia (alopecia, pérdida de peso, astenia) presenta facie de tristeza, postura encorvada, con movimientos estereotipados de manos. Se muestra interesada y cooperadora a la entrevista.

EXAMEN MENTAL

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (TEPC). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con

inteligencia igual al promedio. Estado de ánimo “preocupada y triste”, afecto hipotímico. Con noción de enfermedad.

PERSONALIDAD PREVIA

En cuanto a personalidad previa L. se define como: “alegre, sociable, paciente, nerviosa, que a veces actúa sin pensar y puede llegar a juzgar la vida de los demás” (sic pac).

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Locus de control interno
- Estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo revalorativo
- Redes de apoyo existentes y percibidas por el paciente como funcionales
- Apoyo social de tipo instrumental y emocional

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual, en donde se valoró el origen de la problemática, antecedentes y parámetros conductuales relacionados con la preocupación y tristeza presentadas.
- Escala ansiedad y depresión hospitalarias (HADS)
- Escala referida análoga (ERA)
- Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)

LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA

- Cambios en el estilo de vida:

- Dejar hogar de residencia para venir a vivir a Ciudad de México
- Dejar de cuidar a hijo
- Tener pocas actividades diarias
- Tiempo libre en casa y en hospital

• Respuestas fisiológicas:

- Taquicardia
- Astenia
- Hiperventilación
- Temblor
- Sudor en manos
- Opresión en el pecho
- Nudo en la garganta

• Respuesta Motora:

- Movimiento repetitivo de manos
- Llanto
- Suspiros
- Tensión en abdomen y piernas

• Respuestas Cognitivas:

- Tristeza (ERA 8 de 10)
- Pensamientos relacionados a hijo y antiguo hogar “Me siento triste, lloro, extraño mucho a mi hijo, a veces quisiera dejar todo e irme con él” (sic pac.)
- Preocupación y miedo al dolor y efectos secundarios del tratamiento (ERA 8 de 10) “me siento como con nervios, me da miedo el catéter, que me empujen en el metro, que esto no funcione, no sé cómo es la radioterapia” (sic pac.)

EXTERNOS:	VARIABLES BIOLÓGICAS:	PROBLEMÁTICA PRINCIPAL:	<u>INMEDIATAS INDIVIDUALES</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Déficits en actividades • Insomnio • Estar sola • Ver otros niños pequeños • Irse a acostar • Tiempo libre en el hospital • Colocación del catéter • Consultas médicas, sesiones de quimioterapia y próximas a radioterapia • Comentarios de otros pacientes • Observar a otros pacientes quejándose • Ir en metro al hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer 24 años • Cáncer cervico uterino III b • En tratamiento de Quimioterapia (30 sesiones) y Radioterapia (25 sesiones) 	<p><i>“Me siento triste, lloro, extraño mucho a mi hijo, a veces quisiera dejar todo e irme con él” (sic pac).</i></p>	<p>INTERNAS: “se me hace muy difícil estar aquí, me siento incómoda en otra casa causando molestias” “quisiera regresarme a Michoacán” “no sé qué me vaya a pasar, no sé cómo sea la radioterapia”</p>
INTERNOS:	VARIABLES CULTURALES:	<p><i>“Me preocupa y da miedo la quimioterapia y los efectos, también la radioterapia me han dicho que duele mucho, ya no he podido dormir”</i></p>	Taquicardia, Hiperventilación, temblores,
<p>Astenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensamientos:</i> <p>“¿Cómo estará mi hijo?” “¿Quién lo estará cuidando?” “¿Qué estará haciendo?”</p> <p>Pensar en la aguja y el catéter Pensar en acudir a la cita “me va a quemar la radioterapia” “¿y si no funcionan los tratamientos?” “no sé muy bien como es la radioterapia” “me va a doler”</p>	<p>Originaria de Zitacuaro Michoacán, Hijo de 3 años Empleada, Secundaria</p>	<p>MOTORAS: Llanto, movimiento de manos, suspiros, tensión en abdomen y piernas</p>	<p>EXTERNAS: Aislamiento, Aumenta llanto (descarga emocional)</p>
HISTORIA INMEDIATA:	VARIABLES CONDUCTUALES	COGNITIVAS:	<p>En contexto hospitalario → No preguntar al médico, ni a enfermeras, quedarse sin hacer nada En casa → Caminar</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de domicilio a CDMX para atención médica (diciembre 2016) • Dejar de cuidar a hijo 	HISTORIA DE REFORZAMIENTO	<p>Presenta “tristeza” y pensamientos relacionados a hijo y antiguo hogar, refiere: “pienso en mi hijo, me acuerdo de él lo extraño, ¿y si le pasa algo malo y yo estoy lejos?” (sic pac).</p> <p>“Miedo y preocupación al dolor y efectos secundarios del tratamiento” “me siento como con nervios, me da miedo el catéter, que me vaya a doler mucho, que me empujen en el metro, que esto no funcione” (sic pac).</p>	<u>MEDIATAS INDIVIDUALES INTERNAS</u>
	<p>Locus de control interno Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo revalorativo:</p>	<p>FISIOLÓGICAS: opresión en el pecho, nudo en la garganta taquicardia, hiperventilación, temblor, sudor en manos</p>	<p>Disminuye tristeza, se presenta insomnio y se mantienen pensamientos rumiativos sobre hijo y tratamientos: “¿estará bien mi hijo? ¿y si el pasa algo?” “no sé qué me vaya a pasar, no sé cómo sea la radioterapia...dicen que la quimioterapia arde, tengo miedo a que me duela mucho” “si dejo mi tratamiento no voy a poder estar bien, voy a morir, empiezo a echarle ganas, pienso en mi hijo”</p>
	<p>“si dejo mi tratamiento no voy a poder estar bien, voy a morir, empiezo a echarle ganas, pienso en mi hijo”</p>		<p>Se mantienen dudas sobre los tratamientos y emociones de miedo y preocupación Disminuye activación fisiológica</p>
			<p><u>INDIVIDUALES EXTERNAS</u> Disminuye llanto No lo comenta con nadie Se queda sentada Aislarse, salir del consultorio <u>DE OTROS:</u> Atención de tía “échale ganas hija” Preguntas hacia médicos por parte del primo</p>

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Se presenta a consulta externa por iniciativa propia, L. de 24 años de edad con diagnóstico de cáncer cervicouterino etapa IIIb, actualmente en tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

L. refiere presentar “tristeza” (ERA 8 de 10) desde hace tres semanas a la fecha a partir de la evaluación inicial (diciembre 2016). Dicha respuesta se caracteriza a nivel motor por llanto, suspiros, movimiento de manos, tensión en abdomen y piernas, a nivel cognitivo por pensamientos relacionados a hijo y antiguo hogar, la paciente comenta: “Me siento triste, lloro, extraño mucho a mi hijo, a veces quisiera dejar todo e irme con él” (sic pac). A nivel fisiológico se presenta, opresión en el pecho, nudo en la garganta, taquicardia, hiperventilación, temblor y sudoración de manos.

Analizando las contingencias que mantienen esta conducta problema (CP) se puede identificar en primera instancia que los estímulos discriminativos que probabilizan la aparición de la misma son: el estar sola, el irse a acostar, el ver niños pequeños y las pocas actividades realizadas durante el día.

En el caso de L., el estímulo discriminativo ambiental con mayor influencia en la aparición de la CP es el irse a acostar. Situación que refuerza positivamente la “tristeza” expresada en llanto, y pensamientos relacionados a extrañar a hijo.

Estas respuestas a corto plazo generan alivio por descarga emocional (llanto). Pero a largo plazo si bien se presenta disminución de tristeza también se presenta activación fisiológica que impide el sueño.

Por lo que el insomnio funge una doble función tanto como antecedente y consecuente de la CP, favoreciendo cogniciones rumiativas relacionadas a bienestar de hijo “¿estará bien mi hijo? ¿y si el pasa algo?” (sic pac), las cuales mantienen la respuesta de tristeza.

Esta CP es mantenida por las pocas actividades que realiza la paciente, la condición de astenia de la enfermedad (lo que propicia estar acostada más tiempo), la disminución del malestar al llorar y el déficit de comunicación con otros sobre su problema.

Por otro lado L. también refiere presentar miedo al dolor y efectos secundarios de los tratamientos por los que cursa (ERA 8 de 10) el cual ha estado presente desde el inicio de las revisiones médicas (noviembre -diciembre 2016). Esta conducta se caracteriza a nivel motor por presentar movimiento de manos, tensión en abdomen y piernas. A nivel cognitivo refiere: “me siento como con nervios, me da miedo el catéter, que me duela, que me empujen en el metro, que esto no funcione, no sé cómo es la radioterapia” (sic pac).

A nivel fisiológico es presentado insomnio taquicardia, sudoración, temblor e hiperventilación.

De forma similar esta CP se presenta al irse a dormir, a partir del tiempo libre en el hospital y en casa, al pensar en la colocación del catéter, las consultas médicas, sesiones de quimioterapia y próximas a radioterapia, comentarios de otros pacientes, observar a otros pacientes quejándose y al viajar en metro al hospital.

En el caso de L. se puede decir que el haberse mudado a la CDMX (variable causal inmodificable) produjo el estado depresivo inicial debido a un cambio de contexto en el que existe una baja tasa de refuerzos (pocas actividades, demasiado, tiempo libre). De la misma manera la condición de salud como la presencia de efectos secundarios (astenia y dolor de huesos) dificulta el contacto con reforzadores positivos. Dichas situaciones contextuales y biológicas a su vez favorecían la presencia de un estilo rumiativo de pensamiento lo que permitió formar una relación funcional bidireccional en la que la baja tasa de refuerzos por parte del nuevo contexto y la condición de la enfermedad favorecen la presencia de rumiaciones negativas y catastrofistas respecto a hijo y tratamientos, y viceversa este estilo de pensamiento mantiene las conductas depresivas como inmovilidad, aislamiento, llanto e insomnio.

Sin embargo, con el transcurso del tiempo y con el inicio de las citas médicas e inicio del tratamiento de QT en L. no solo se establecieron conductas depresivas sino también conductas ansiógenas las cuales a su vez eran mantenidas de la misma

manera tanto por el insomnio como por el estilo de cogniciones rumiativas.

En cuanto a las respuestas ansiógenas en un inicio L. probablemente pudo haber presentado una asociación pavloviana aversiva con respuestas de “dolor y malestar” asociadas al hospital. Por ello cualquier estímulo relacionado con este contexto (tanto cognitivo como ambiental) desencadenaba respuestas ansiógenas.

Al igual que en la respuesta depresiva, el problema de la ansiedad compartía estímulos antecedentes ambientales como el estar sola e irse acostar, el tiempo libre sin hacer nada, sin embargo, había una exacerbación de la respuesta sobre todo en los días previos a las citas médicas, en esta respuesta los estímulos antecedentes de índole cognitiva eran: Pensar en la aguja y el catéter, pensar en acudir a la cita “me va a quemar la radioterapia, ¿y si no funcionan los tratamientos?, no sé muy bien como es la radioterapia, me va a doler” (sic pac.)

Ante esta conducta presentada en el contexto del hogar L. comenzaba a caminar, actividad que disminuía a corto plazo la ansiedad en el nivel fisiológico pues de alguna manera la “tranquilizaba”, sin embargo, a mediano plazo se mantenía el insomnio favoreciendo la presencia de pensamientos relacionados a hijo, presentándose a su vez en forma de cadena la respuesta depresiva.

Por otro lado, en el contexto hospitalario al parecer el control de la conducta ansiosa estaba gobernada de diferente manera.

En el contexto hospitalario cuando la conducta ansiógena aparecía en L. se presentaba un estado de inmovilidad lo que se traducía en un aumento en la respuesta fisiológicas y en la no expresión de dudas sobre los tratamientos y sus efectos secundarios, reforzándose así expectativas erróneas de dolor y tratamiento de los mismos, manteniéndose a largo plazo la ansiedad por el malestar de los tratamientos sobrellevados. En ese sentido puede decirse que la respuesta ansiógena probablemente se mantiene por la rumiación presentada días previos, por la falta de información sobre tratamientos y efectos secundarios, por la poca capacidad de control ante respuestas fisiológicas exacerbadas como: taquicardia, e hiperventilación, y por no preguntar ni al médico, ni a enfermeras las dudas presentes.

Con base en lo anterior se considera que la intervención se dirija a las conductas problema en sus tres niveles de respuesta, así como en las situaciones estímulo antecedentes y consecuentes modificables.

Por lo tanto, se propone un entrenamiento en ejercicios de terapia cognitiva, solución de problemas, psicoeducación, balance decisional, distracción cognitiva e instrumental, autoverbalizaciones, respiración diafragmática, experimentos conductuales y asertividad con la finalidad de que L. modifique y disminuya las cogniciones que generan malestar relacionadas al hijo, controle la tristeza presentada y aumente el número de actividades en su vida cotidiana que

generen gratificación. Por parte de la ansiedad generada por los tratamientos y efectos secundarios, se buscará que L. adquiera información válida y confiable sobre su situación médica en relación a tratamientos y efectos secundarios, adquiera estrategias que ayuden a controlar el dolor y la respuesta fisiológica exacerbada, que identifique y externalice dudas al personal de salud y realice actividades durante el tiempo prolongado que pasa en el hospital para disminuir las rumiaciones características de la CP.

HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si L. recibe entrenamiento en elementos de terapia cognitiva, solución de problemas, psicoeducación, balance decisional, distracción cognitiva e instrumental, autoverbalizaciones, respiración diafragmática, exposición en imaginación, experimentos conductuales y ejercicios de asertividad entonces disminuirá la sintomatología ansiosa y depresiva en los tres niveles de respuesta.

DIAGNÓSTICO DSM-V

Eje I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, agudo [309.28]

Eje II: Ninguno

Eje III: Cáncer cervicouterino etapa IIIb

Eje IV: Problemas relativos al grupo de apoyo

Eje V: 70-61

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos DSM IV

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses

DIAGNÓSTICO DSM-V

Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido [308.03]. Cáncer cervico uterino etapa IIIb. WHODAS (Aplicación por el entrevistador 12 preguntas): 21.

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos DSM V

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que

podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas. 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses

OBJETIVO GENERAL

Que L. disminuya la sintomatología ansiosa y depresiva presentada en los tres niveles de respuesta (fisiológico, motor y cognitivo) y que en consecuencia desarrolle respuestas cognitivas y conductuales alternativas promoviendo una adaptación hacia el tratamiento del cáncer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Que L. identifique y ejemplifique el esquema ABC

-Que L. identifique y ejemplifique las características de las creencias racionales e irracionales

-Qué L. genere pensamientos alternativos sobre el cuidado de su hijo

-Qué L. genere alternativas a nivel conductual para disminuir la tristeza relacionada al cuidado del hijo mediante la técnica solución de problemas

-Qué L. aumente el número de actividades de dominio y agrado en su vida cotidiana

-Que L. identifique información valida y confiable sobre su situación médica en relación a tratamientos y efectos secundarios

-Qué L. realice ejercicios de respiración diafragmática ante sintomatología ansiosa

-Qué L. identifique y emplee auto verbalizaciones que ayuden a controlar el dolor y la respuesta fisiológica exacerbada durante sus tratamientos

-Qué L. emplee auto verbalizaciones y respiración diafragmática en momentos de ansiedad ante tratamientos

-Qué L. realice ejercicios de exposición en imaginación para disminuir sintomatología ansiosa

-Que L. realice actividades distractoras durante EIH para disminuir las rumiaciones características de la CP.

-Qué el cuidador principal de L. reciba información valida y confiable sobre los tratamientos y efectos secundarios, así como las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que experimenta L.

- Balance decisional
- Distracción cognitiva e instrumental
- Autoverbalizaciones
- Respiración diafragmática
- Ejercicios de exposición en imaginación
- Experimentos conductuales
- Asertividad

SELECCIÓN DE TÉCNICAS

Elementos de:

- Terapia Cognitiva
- Solución de Problemas
- Psicoeducación

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L.*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 1</u> 26/01/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista Conductual ➤ Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) ➤ Escucha activa ➤ Psicoeducación ➤ Respiración diafragmática 	<p>Entrevista conductual <i>“Me siento triste, lloro, extraño mucho a mi hijo, a veces quisiera dejar todo e irme con él” (sic pac). “Me preocupa y da miedo la quimioterapia y los efectos, también las radioterapias me han dicho que duele mucho, no he podido dormir”</i></p> <p>La paciente considera difícil dormir, tarda de una a dos horas aproximadamente, cuando no lo logra fácilmente tiende a caminar aproximadamente 15 min, después regresa a la cama y duerme. Se realiza psicoeducación sobre las respuestas emocionales comunes ante la presencia de cáncer, se normaliza la respuesta emocional y se explica el modelo ABC. Se modelan y moldean ejercicios de respiración diafragmática ante sintomatología ansiosa, los cuales puede aplicar ante problemas de sueño y al pasar a consultas médicas. Se asigna la tarea de un cuaderno para realizar ejercicios de la terapia. Se aplican HADS y ERA'S.</p>	<p>Pretest</p> <p>HADS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad: 15 (Alto) - Depresión: 16 (Alto) <p>ERA de “tristeza” 8/10</p> <p>ERA de “miedo y preocupación” 8/10</p> <p>Frecuencia</p> <p>Tristeza: 4/7 días a la semana 2 veces al día</p> <p>Miedo y preocupación: 5/7 días a la semana 1 vez al día</p> <p><i>“si me gustaría la atención nunca he ido a terapia, pero en este momento me hace falta”</i></p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 2</u> 02/02/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista Conductual ➤ Psicoeducación ➤ Reestructuración cognitiva ➤ Respiración diafragmática 	<p>Se revisa tarea (Cuaderno de terapia)</p> <p>Se continua con entrevista conductual respecto a las CP.</p> <p>Se continua con psicoeducación del modelo A-B-C se explica la relación de conducta-pensamiento y las características de las ideas racionales e irracionales.</p> <p>Se explican dos ejemplos neutros, posteriormente se llena junto con la paciente el ABC con la problemática de extrañar a hijo.</p> <p>Se pide que explique lo que haya entendido la paciente del modelo y proporcione dos ejemplos de ideas irracionales.</p> <p>Se asigna la tarea de escribir en su cuaderno los modelos ABC realizados en sesión.</p> <p>Se modelan y moldean ejercicios de respiración diafragmática, se recuerda ante que situaciones se pueden aplicar.</p>	<p><i>“lo que pensamos nos afecta”</i></p> <p><i>“las ideas malas por decirlo así, como que nos bloquean y causan sufrimiento “</i></p> <p><i>“puede que piense que a mi hijo le pase algo, pero eso no pase en verdad, por eso me preocupo”</i></p> <p><i>“todo va relacionado lo que pensamos lo que decimos y lo que hacemos”</i></p> <p><i>“el estar sola me da tiempo para pensar más estas ideas y pues ver niños chiquitos, es inevitable”</i></p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 3</u> 09/02/2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructuración Cognitiva ➤ Balance decisional ➤ Respiración diafragmática 	<p>Se revisa tarea de modelo ABC.</p> <p>Se identifican las principales cogniciones que general malestar y se buscan pensamientos alternativos.</p> <p>Se identifican ventajas y desventajas de que el niño se quede en su hogar.</p> <p>Se discrimina que situaciones actuales están en su control y cuáles no.</p> <p>Se modelan y moldean ejercicios de respiración diafragmática, se recuerda ante que situaciones se pueden aplicar.</p>	<p><i>“Puede que a mi hijo le vaya a pasar algo...si le pasara algo seria a la primera que le avisarían”</i></p> <p><i>“Por el momento todo está bien...no solo cosas malas le pueden pasar también buenas como que entre a la escuela”</i></p> <p><i>“Tal vez no es el mejor momento para estar juntos, primero tengo que estar bien yo”</i></p> <p><i>“Hoy no tendría tantas fuerzas para cuidarlo”</i></p> <p><i>“Lo que sí puedo hacer es cuidarme y tratarme, lo hago por el”</i></p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 4</u> 16-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoeducación ➤ Solución de Problemas ➤ Actividades de dominio y agrado ➤ Respiración diafragmática 	<p>Se explica la técnica de solución de problemas a la paciente en identificar y definir el problema de extrañar a hijo, se realiza lluvia de ideas para solucionar disminuir la tristeza presente por tener al hijo lejos.</p> <p>Se identifican soluciones que ante la observación clínica mejoran el estado de animo de la paciente.</p> <p>Se psicoeduca sobre el tiempo libre que tiene durante el día y la relación con las rumiaciones que presenta. Por lo que se prosigue a identificar actividades que faciliten el reforzamiento en el contexto inmediato de la paciente. Se jerarquizan en cuanto a preferencia y se evalúa su viabilidad de aplicarlas en el hogar.</p> <p>Se asigna la tarea de escribir cinco de sus frases favoritas en el cuaderno, y su canción favorita durante el fin de semana.</p> <p>Se retoman ejercicios de respiración diafragmática, la terapeuta moldea y modela los mismos al final de la sesión.</p>	<p><i>“Puedo llamarlo, al menos una vez por semana...colocar sus fotos y peluches cerca de mí... escribirle en mi cuaderno todo lo que siento ...planear ir a verlo cuando este mejor... pedirle un celular a mi prima para que me manden fotos por whatsapp”</i></p> <p><i>“Puedo escribir frases, transcribir letras de canciones, ver la t.v., ver películas, escuchar música y hacer collage de recortes de revistas”</i></p> <p><i>“Si he respirado como me dices, cuando voy al doctor, me ayuda a estar más tranquila “</i></p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 5</u> 23-02-2017 Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de tareas ➤ Psicoeducación ➤ Autoverbalizaciones ➤ Distracción instrumental 	<p>Se realiza revisión de tareas: frases favoritas en el cuaderno, y su canción favorita durante el fin de semana</p> <p>Se ofrece material psicoeducativo de la residencia sobre quimioterapia y radioterapia, se muestra un video psicoeducativo sobre el beneficio de la quimioterapia y la radioterapia en el tratamiento del cáncer, se realiza un apartado en el cuaderno de tareas sobre dudas médicas. Se resuelven algunas y las restantes se asignan a preguntar a personal médico. Posteriormente se psicoeduca sobre la respuesta de ansiedad, dolor y el papel del dialogo interno en su control. Se identifican autoverbalizaciones de la paciente empleadas en otras situaciones que le hacen sentir con mayor control, se evalúan y adaptan a emplearlas al hospital, se logran identificar tres. Se asigna la tarea de escribir las autoverbalizaciones en el cuaderno de tareas. Se brinda material didáctico para distracción instrumental durante el tiempo en EIH (imágenes para colorear y material para hacer llavero).</p>	<p><i>“Me gusta lo que hago en este cuaderno, si me distraje... cuando mi hijo sea grande me va entender un poco... aquí están las frases”</i></p> <p><i>“La gente afuera dice muchas cosas sobre la quimio, como el que me iba a arder... si es muy pesado a veces me siento mal por sentirme cansada todo el tiempo, pero veo que es algo normal por las células que mueren”</i></p> <p><i>“Puedo con el dolor”</i></p> <p><i>“Voltea para otro lado y respira”</i></p> <p><i>“Es para estar bien”</i></p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de las sesiones con la paciente L. (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<u>Sesión 7</u> 10-03-2017	<p>➤ Psicoeducación</p> <p>➤ Experimento conductual</p> <p>➤ Asertividad</p>	<p>En esta sesión se comenta por parte de L. algunos problemas con su cuidador principal (primo) debido a la astenia que presenta, comenta: “he llorado, me dice que no le estoy echando ganas, cuando hago todo lo que puedo, pero no me entiende” (sic pac).</p> <p>Se invita a cuidador primario a la sesión, se ofrecen material psicoeducativo de la residencia: un folleto sobre los efectos secundarios de la quimio y radio y otro de los aspectos emocionales del cuidador tanto a L como a cuidador.</p> <p>Se asigna que lean la información por su cuenta, posteriormente que intercambien folletos.</p> <p>Se emplea el experimento conductual de imaginar que son la otra persona y se cuestiona ¿Cómo se sentirían? ¿Qué estarían haciendo en su lugar? ¿Cómo les gustaría ser tratados en esta situación? Se identifican las necesidades de cada uno y la comunicación entre ellos, se ensaya la forma en que cada uno realizaría peticiones.</p>	<p><i>Cuidador: “me falta entender que el que se acueste no significa que se le quite el cansancio”</i></p> <p><i>Cuidador: “si, ella hace lo que está en sus manos”</i></p> <p><i>Paciente: “sé que me lo dice por mi bien... a veces me hace falta decirle que necesito mi espacio”</i></p> <p><i>Postest</i></p> <p>HADS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad: 7 - Depresión: 6 <p>ERA de “tristeza” 4/10</p> <p>ERA de “miedo y preocupación” 6/10</p> <p>Frecuencia</p> <p>Tristeza: 2/7 días a la semana 1 vez al día</p> <p>Miedo y preocupación: 3/7 días a la semana 1 vez al día</p>

Nota: Elaboración propia.

RESULTADOS

Después de seis semanas de tratamiento y un total de siete sesiones, las puntuaciones en la escala HADS nos indican una disminución tanto en la escala de depresión como en la escala de ansiedad en la paciente, como se muestra en la Figura 2. Las mediciones fueron aplicadas en la sesión, uno, siete, y catorce.

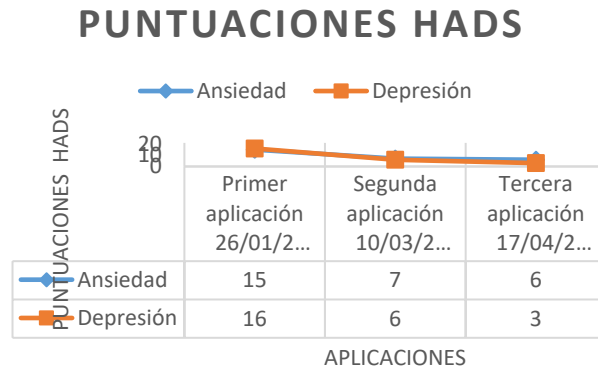


Figura 2. Resultados de aplicaciones escala HADS. Elaboración propia.

En cuanto a las ERA's aplicadas en las sesiones uno y siete se reporta una mayor disminución en la intensidad de sintomatología depresiva como se aprecia en la Figura 3.

Por otro lado, respecto a la frecuencia de aparición pre y post evaluación la Tabla 2 resume la presencia semanal de ambas problemáticas.

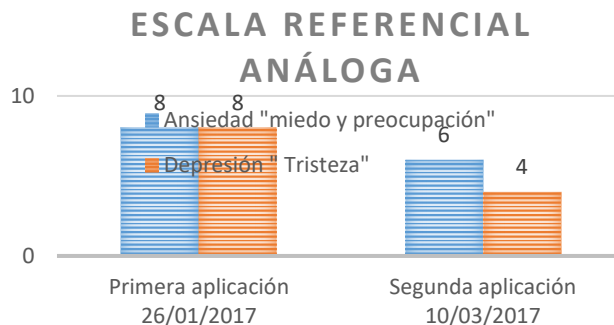


Figura 3. Resultados de las aplicaciones del instrumento ERA. Elaboración propia.

Tabla 2*Frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva de la paciente*

	Primera evaluación	Segunda evaluación
Ansiedad	5	3
Depresión	4	2

Nota: Elaboración propia

En la sesión 14 fue aplicada la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), en la cual se obtuvo una puntuación de cuatro, indicando sintomatología depresiva nula.

Finalmente, en resultados cualitativos (referencias verbales de la propia paciente) clasificados en conductuales y cognitivos se identifican cambios significativos, los cuales se señalan en la Tabla 3.

Tabla 3*Resultados a nivel conductual y cognitivo de la intervención con L.*

Verbalizaciones de la paciente	
	Aumento de actividades
Cambios Conductuales	<i>“Puedo llamarlo, al menos una vez por semana...colocar sus fotos y peluches cerca de mí... escribirle en mi cuaderno todo lo que siento ...planear ir a verlo cuando este mejor... pedirle un celular a mi prima para que me manden fotos por whatsapp”</i>
	<i>“Si he respirado como me dices, cuando voy al doctor, me ayuda a estar más tranquila “</i>
	<i>“Me gusta lo que hago en este cuaderno, si me distraje... cuando mi hijo sea grande me va entender un poco”</i>
	<i>“Respirar como me dices me funciona mejor cuando cierro los ojos, lo hago en la quimio”</i>
	Relacionados al modelo ABC
Cambios Cognitivos	<i>“lo que pensamos nos afecta”</i>
	<i>“las ideas malas por decirlo así, como que nos bloquean y causan sufrimiento “</i>
	<i>“puede que piense que a mi hijo le pase algo, pero eso no pase en verdad, por eso me preocupo”</i>
	<i>“todo va relacionado lo que pensamos lo que decimos y lo que hacemos”</i>
	Relacionados al cuidado del hijo

Continúa...

Tabla 3

Resultados a nivel conductual y cognitivo de la intervención con L. (continuación)

	Verbalizaciones de la paciente
Cambios Cognitivos	<i>“Puede que a mi hijo le vaya a pasar algo...si le pasara algo seria a la primera que le avisarian, por el momento todo está bien...no solo cosas malas le pueden pasar también buenas como que entre a la escuela”</i> <i>“tal vez no es el mejor momento para estar juntos, primero tengo que estar bien yo”</i> <i>“Hoy no tendría tantas fuerzas para cuidarlo”</i> <i>“Lo que sí puedo hacer es cuidarme y tratarme, lo hago por el”</i> Relacionados al tratamiento
	<i>“La gente afuera dice muchas cosas sobre la quimio, como el que me iba a arder... si es muy pesado a veces me siento mal por sentirme cansada todo el tiempo, pero veo que es algo normal por las células que mueren”</i> <i>“Puedo con el dolor”</i> <i>“Voltea para otro lado y respira”</i> <i>“Es para estar bien”</i> Relacionadas con el cuidador Cuidador: <i>“me falta entender que el que se acueste no significa que se le quite el cansancio”</i> <i>“si, ella hace lo que está en sus manos”</i> De L.: <i>“ sé que me lo dice por mi bien... a veces me hace falta decirle que necesito mi espacio”</i>

Nota: Elaboración propia

COMENTARIOS FINALES

El cáncer es una enfermedad de carácter crónico, que se desarrolla en múltiples fases y durante un período prolongado; conlleva una modificación del curso natural de la vida del individuo en sus actividades diarias, trabajo, relaciones y roles familiares, y un elevado grado de malestar psicológico en el paciente (Zabalegui, Sánchez, Sánchez & Juando, 2005).

En ese sentido la presentación del siguiente caso tuvo como objetivo ilustrar la presencia de sintomatología mixta (ansiosa y depresiva) en una paciente joven con diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapa de tratamiento y el papel del residente en medicina conductual como facilitador en el desarrollo de habilidades de afrontamiento durante este proceso.

Hasta el momento el presente caso se considera prometedor en cuanto a los avances presentados, debido a la presencia de un conjunto de “variables predictoras de cambio” como las denomina Muñoz (1998) identificadas en el transcurso de las sesiones con L. como lo son:

apoyo social en calidad y cantidad, el cual permitía y fomentaba la adherencia a la atención psicológica, el compromiso e interés con la terapia por parte de la paciente, pensamiento abstracto, cumplimiento de tareas, buenos componentes de relación, trabajo continuo e ininterrumpido.

Por parte de los obstáculos encontrados en primer lugar se pueden identificar las condiciones físicas de la propia enfermedad de L. (astenia y dolor de huesos). Pues en ocasiones el trabajo en sesión tendía a ser más lento por la condición de salud en la que se encontraba la paciente.

Otra variable identificada que pudo obstaculizar en ocasiones la atención es la personalidad del cuidador primario la cual interfería con la participación activa de L. durante el tratamiento (p.e. el realizaba las preguntas que le correspondían a ella durante consultas).

Por otro lado, respecto a áreas de oportunidad identificadas en cuanto a contenido y estructura de este trabajo se presenta el reducido uso de instrumentos de evaluación y el contenido en ocasiones excesivo de temas revisados por sesión. Así mismo se considera que en la presente intervención no se le otorgó la suficiente importancia al componente rumiativo, el cual era un patrón en común de las dos conductas problema pues de acuerdo con Nolen-Hoeksema (2000) existe una fuerte relación entre el pensamiento rumiativo y el trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo el cual a lo largo del tiempo mantiene y agrava las problemáticas psicológicas presentadas.

Finalmente, cabe mencionar que es una intervención en curso, donde para fines de la presentación de caso solo se presentó hasta la sesión siete, actualmente son ya 14 sesiones las que se han llevado a cabo, en las cuales las reacciones emocionales han fluctuado principalmente en función del tratamiento médico, por ejemplo, el ingreso a braquiterapia exacerbó de nueva cuenta la sintomatología ansiosa aquí el trabajo psicológico fue muy similar que el reportado en la sesión 5 y 6.

En la actualidad L. no ha vuelto a presentar pensamientos de querer abandonar el tratamiento y regresar a su lugar de origen, si bien el miedo a los tratamientos y efectos secundarios sigue presente, este ha disminuido a tal manera que le ha permitido estar en su 4ª sesión de braquiterapia. En su aspecto personal L. ha presentado cambios favorables, le comienza a salir el cabello de nuevo, comienza de nueva cuenta a utilizar ropa que antes usaba, a maquillarse y a salir con más frecuencia, también el tiempo que pasa en el hospital ahora es significativamente menor.

En cuanto a condición médica, después de terminar la braquiterapia el médico valorará la respuesta del tratamiento en su tumor.

En este punto se debe recordar que su diagnóstico es una etapa avanzada.

Por lo que planteó la interrogante de ¿Cuáles serían las estrategias de la terapia cognitivo conductual más acordes para enfrentar una no respuesta al tratamiento? Y, ¿Qué temas de atención psicológica serían prioritarios en esa situación?

REFERENCIAS

- Muñoz, M. (1995). Formas de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz Lopez (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (Cap. 9, 284-319) Madrid: Pirámide.
- Nolen, S. (2000) The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511
- Zabalegui, A., Sánchez, S., Sánchez, P., & Juando, C. (2005). Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 15(1),17-24. doi: 10.1016/S1130-8621(05)71073-1

Anexo 5. Caso clínico 2

Hospital Juárez de México
Medicina Conductual
Servicio de Oncología



Presentación segundo caso clínico
Lic. Psic. Claudia Verónica Patiño Canto

Ficha de identificación

Nombre: Cristina

Edad: 41

Ocupación: desempleada

Religión: católica

Número de hijos: 4

Sexo: Mujer

Estado civil: Casada

Escolaridad: Secundaria

Residencia: CDMX

Dx médico: Sarcoma de células claras recidivante

Criterio de selección del caso

La atención psicológica en el paciente con cáncer no termina con la resolución ni el éxito del tratamiento médico, sino que ésta se extiende a monitorear y atender las implicaciones de los cambios de vida que los mismos originan en el paciente.

Por ello, el presente caso tiene por objetivo ilustrar una intervención cognitivo conductual ante un episodio de depresión mayor por condición médica caracterizado por intentos e ideación suicida como consecuencia de la amputación de pierna izquierda, por tratamiento oncológico. Así mismo se pretenden identificar las variaciones tanto en la evaluación como en el tratamiento del paciente con conducta suicida dentro del contexto hospitalario.

Motivo de consulta

La paciente es referida por su hermana quien se acerca al consultorio de psicooncología el día martes 9 de Mayo del 2017 pidiendo el apoyo del servicio, comenta: "mi hermana necesita ayuda se ha querido suicidar, no quiere salir a la calle, hace dos semanas se enterró un cúter en el pecho varias veces...no quiere ni que la vean dice que se siente inútil... me da miedo que se aviente de un puente" (sic pac).

La paciente acude por petición de la hermana a consulta de psicología el día 11 de Mayo del 2017, refiere: " se me vino el mundo encima, he querido matarme, no sirvo para nada, no estoy igual soy una inútil, no sé por qué me paso esto, ¿por qué a mí?, no puedo trabajar, no puedo salir, a mí me encantaba salir a caminar y ahora no lo puedo hacer...a nadie le importo...pienso esto todos los días, ya no puedo dormir "(sic pac). La paciente comenta ya no querer sentirse así y querer poner en práctica una solución, su actitud hacia la terapia es favorable.

Antecedentes

Heredofamiliares

Tres tíos con cáncer, uno con cáncer gástrico, otro con cáncer de próstata y una tía con cáncer cervicouterino.

Personales no patológicos

Cristina reside con su esposo, dos hijos y un nieto en casa propia, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva.

Personales patológicos

Crónicos degenerativos: Interrogados y negados

Alérgicos: Interrogados y negados

Quirúrgicos: Hace ocho años resección de tumor Pb. Lipoma. Resección de partes blandas en calcáneo izquierdo 20 del 06 de 17.

Toxicomanías: Tabaquismo a los 14 años abandonado hace cinco meses, alcoholismo ocasional.

Psicológicos patológicos

La paciente refiere abuso sexual por parte de su padre (de los 7 a los 13 años de edad). Ante tal situación inició una demanda a los 13 años, el padre estuvo recluso durante un año.

Se comenta que la relación con su madre no es buena debido a que ella permitía los abusos, menciona: “la relación es distante... ella no decía ni hacia nada cuando eso pasaba, le guardo mucho rencor, para mí no existe” (sic pac). La relación es similar en el caso del padre, actualmente se “toleran”, pero de la misma forma es distante refiere: “no confío en él ni le hablo mucho, no sé cuándo lo pueda perdonar” (sic pac). Por el clima de violencia intrafamiliar Cristina a los 18 años sale de su casa, comienza a laborar e inicia una relación de unión libre con su actual esposo, comenta: “mi esposo es mi vida”, “prácticamente llevo toda mi vida con él” (sic pac).

No es referido ningún trabajo psicológico o psiquiátrico con anterioridad relacionado al abuso sexual ni al padecimiento actual.

Dinámica familiar y familiograma

Cristina reside con su esposo dos de sus cuatro hijos y un nieto de 7 meses (ver Figura 1), su hija menor es estudiante de secundaria mientras la mayor es encargada de una tienda de abarrotes, los otros dos no cuentan con ocupación actual y la visitan ocasionalmente. Su esposo es albañil. La paciente refiere poca comunicación con su familia y largos periodos de “soledad”, comenta: “todos los días me quedo sola con mi nieto” (sic pac).

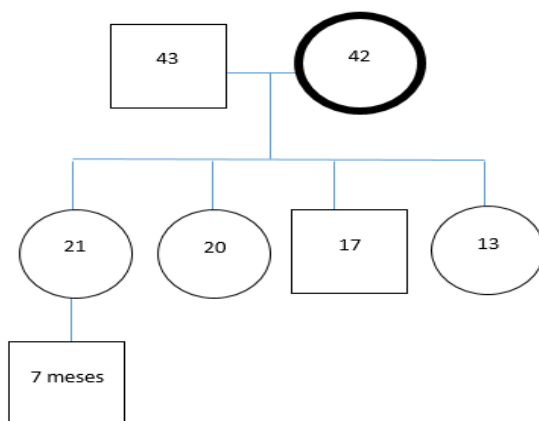


Figura 1. Familiograma actual de Cristina. Elaboración propia.

Historia del problema

Médica

A continuación, se expondrá la historia médica general por la que la paciente llegó al servicio de Oncología y Medicina Conductual del Hospital Juárez de México (HJM).

Julio del 2008 → Se presentan cambios en la textura de la piel del talón izquierdo, aumento de volumen sin dolor, con aumento de grosor, acude a una clínica del IMSS no especificada donde le resecaron un probable lipoma, posterior a estudio histopatológico con diagnóstico de sarcoma de células claras de tendón con melanoma maligno infiltrante, la refieren a CMN SXXI, donde la mantienen bajo vigilancia.

Años 2012 - 2014 → Se queda sin derechohabiencia y se interrumpe la atención médica.

Agosto del 2015 → Nota crecimiento de tumor en pierna izquierda y dolor moderado

Febrero del 2016 → Al perder derechohabiencia acude al HJM, donde se programó para toma de biopsia, la cual se suspendió por motivos de espacio quirúrgico. Se reingresa para toma de biopsia y curetaje.

Mayo del 2016 → Onco sesión: Ante el diagnóstico de sarcoma de células claras de tendón con melanoma maligno infiltrante se comenta el caso en el servicio de oncología, se explica y sugiere a la paciente retirar el calcáneo para dar margen mínimo de 2 cm, por lo que se propone manejo con amputación supracondilea. La paciente se niega a aceptar el tratamiento.

Julio del 2016 → Cx reconstructiva: Dx de melanoma de región de maléolo externo recidivante, se llevó a resección amplia, se ofrece procedimiento de microcirugía para cubierta cutánea, se le explica a

la paciente los riesgos de la falla del colgajo, por lo que se considera la probabilidad de un tratamiento radical, se solicitan materiales para la microcirugía.

14 Julio del 2016→ Cx: Resección del calcáneo izquierdo y reconstrucción con colgajo.

26 de Julio del 2016 → RJ: Referido del calcáneo sarcoma de células claras de 4X2.5 cm bordes quirúrgicos superior y profundo por infiltración neoplásica, bordes interior, anterior y posterior negativo para infiltración neoplásica.

15 de Septiembre del 2016 → Radiooncología: Ante enfermedad recurrente la paciente acepta tratamiento radical para mayor seguridad, la desarticulación.

7 de Octubre del 2016→PA: Paciente valorada por tumores mixtos con bordes positivos, por lo que se decide llevarla a amputación radical supracondilea.

Octubre del 2016 - Actualidad→ Vigilancia, cita médica cada tres meses en tumores mixtos.

Psicológica

Septiembre del 2016→ **Primer intento de suicidio**. Ante posibilidad de amputación, Cristina dentro de su hogar comienza a ingerir un puño de medicamentos a los cuales tenía acceso, en esos momentos comenta: “pensaba, ¿para qué seguía aquí?”. Es su hijo quien la encuentra en estado inconsciente y la llevan al hospital. Refiere no haber planificado a detenimiento el acto “fue más bien impulsivo” (sic pac). Se comenta una mejora en la dinámica familiar, comentarios como “échale ganas, ¿Cómo estás?” y mayor compañía de hijos y esposo, sin embargo, esta situación fue temporal, alrededor de dos semanas.

Octubre del 2016→ Debido a la cirugía abandona su trabajo como vendedora de dulces y mesera en un bar, se dedica al hogar y al cuidado del nieto de 7 meses, “ya no voy a poder atender a las personas, por eso me salí, me sentía triste e inútil”(sic pac).

Noviembre del 2016→ Los pensamientos de ideación suicida se presentaron nuevamente dos semanas después de la cirugía, sin embargo, no eran frecuentes “son como dos veces por semana” (sic pac). En estas ocasiones pensaba “soy una inútil, ya no puedo hacer nada, estoy sola casi todo el tiempo, no quiero que nadie me vea, a nadie le importo” (sic pac.).

Marzo del 2017 →La ideación suicida se exacerbó desde hace dos meses cuando la paciente *sospecha infidelidad* del esposo y su vida sexual disminuye refiere: “ya no tenemos vida sexual, es por mi pierna, me enoja, no me siento cómoda”, “siempre llega tarde y se va muy temprano, yo creo que tiene a otra” (sic pac).

Finales de Abril del 2017→ *Confirma infidelidad de pareja* encuentra una marca en el cuello de otra persona, comenta: "él era mi mundo, ¿por qué me engaño?, ¿por qué ahora?, ¿qué le hizo falta? ...todo se me desplomo, es mi culpa, es por mi pierna” (sic pac).

Segundo intento de suicidio 30 de Abril→ Un día después de discusión con esposo por infidelidad comienza a lesionarse el pecho con un cúter. Su hijo y esposo se dan cuenta e intentan quitarle el artefacto, pide apoyo de otros familiares y logran ponerla a salvo, acuden a atención médica quien recomienda apoyo psiquiátrico.

Padecimiento actual

La paciente refiere: “se me vino el mundo encima, he querido matarme, ya no sirvo, no sé para qué estoy aquí ...no estoy igual, soy una inútil, no sé por qué me pasa todo esto (refiriéndose a la infidelidad, el abuso sexual y la amputación), ¿porque a mí?... no puedo trabajar, no puedo salir, a mí me encantaba salir a caminar y ahora no lo puedo hacer...pienso esto todos los días...estoy sola, a nadie le importo... ya no puedo dormir, no estoy tranquila ya no confió en mi esposo (sic pac)”.

Se reporta llanto todos los días de la semana, comenta: “lloro de la nada” además de problemas para conciliar y mantener el sueño, en estas ocasiones la paciente tiende a levantarse, sentarse en el sillón de la sala, o ir al baño y presentar ideación suicida, llanto y sentirse “desesperada”, refiere: “solo pienso en que él (esposo) está como si nada, que si lo hiciera (suicidio) todos seguirían con su vida, no me necesitan” (sic pac). Solo logra dormir aproximadamente 3hrs durante la noche, desde hace aproximadamente un mes.

La paciente comenta que el esposo ante esta situación no puede dormir por temer que la paciente se dañe, y se levanta junto con ella en ocasiones para preguntarle “¿Qué tienes?” (sic pac). Se refiere interrupción en la vida sexual de la pareja desde Noviembre del 2016, comenta “teníamos buena sexualidad, pero ya no, no me siento cómoda con mi pierna ...él se aleja y se hace el dormido” (sic pac). A partir de confirmar por medio de recibir un mensaje de texto y observar marcas en el cuello de otra persona en su pareja, comenta: “desde ahí se destruyó la confianza, y la comunicación con él... casi no le hablo...ahora que él sale no puedo estar tranquila pienso en que me sigue engañando” (sic pac). Refiere sentir sudor, “caliente el cuerpo” y comienza a mover las piernas, comenta: “pienso en ahorcarme, tomar pastillas o aventarme, así se acabaría esto” (sic pac). Finalmente se reportan pocas actividades diarias (solo cuidar al nieto) y dificultad para trasladarse dentro de su hogar.

Impresión y actitud general

Paciente femenina de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, que se traslada mediante el apoyo de muletas. Presenta facie triste y verbalizaciones contingentes a llanto. Se muestra cooperadora ante la entrevista.

Examen mental de primera vez

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuadas respuestas al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento concreto, sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio alterado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto y estado de ánimo hipotímico. Con noción de enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

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

La paciente recibe apoyo instrumental de esposo, su hermana es quien la lleva a las consultas médicas y ocasionalmente su padre las apoya con el traslado.

Personalidad previa

Cristina se define como “una persona enojona, grosera, poco sociable, pero que le gustaba bailar y que antes era alegre” (sic pac).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

Entrevista conductual

Observación clínica

Registro de actividades

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CES-D)

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

- Ideación suicida y pensamientos rumiativos relacionados a infidelidad de esposo
- Dificultad para trasladarse con muletas
- Disminución de actividades (por ejemplo trabajar, salir, caminar y vida sexual)
- Pobre autoeficacia, evidenciada a través de verbalizaciones como: “ya no sirvo, no sé para qué estoy aquí ...no estoy igual, soy una inútil”
- Aislamiento
- Sentimientos de tristeza y desesperanza
- Dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche

Análisis de secuencias

El análisis secuencial integrativo se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Modelo Secuencial Integrativo de la paciente Cristina

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
Estímulos externos	Biológico	Conducta de interés	<i>Inmediatas</i>
Tiempo a solas en casa	Dx Sarcoma de células claras recidivante	Trastorno del estado de ánimo debido a sarcoma de células claras recidivante con episodio similar al depresivo mayor + Problemas conyugales	<u>Individuales</u>
Dificultad de trasladarse dentro de casa	Con amputación supracodilea	Motoras. Movimiento de piernas y manos	<u>Internas</u>
Pocas actividades diarias	(uso de muletas)	Cognitivas	“Estoy sola, a nadie le importo”
Estímulos internos	Déficits	<u>Ideación suicida y pensamientos relacionados a pobre autoeficacia</u>	“Si lo hiciera (suicidio) todos seguirían con su vida, a nadie le importaría”
“Estoy sola, a nadie le importo”	Pocas habilidades sociales	“Se me vino el mundo encima, he querido matarme”	<u>Externas</u>
“No estoy igual, soy una inútil”		“Ya no sirvo, no sé para qué estoy aquí”	No hablar con nadie
“No sé por qué me pasa todo esto... ¿por qué a mí?”		“No puedo trabajar, no puedo salir, a mí me encantaba salir a caminar y ahora no lo puedo hacer...pienso esto todos los días”	Insomnio
Historia		“Pienso en ahorcarme, tomar pastillas o aventarme así se acabaría esto”	Ir al baño / sentarse en la sala
<i>Pasada</i>		“Me siento desesperada”	De otros
Intento previo de suicidio ante posibilidad de amputación (Ingesta de pastillas)		<u>Pensamientos rumiativos relacionados a infidelidad de esposo</u>	Atención temporal de familia nuclear (compañía y preguntas sobre su estado)
<i>Contemporánea</i>		“No estoy tranquila ya no confío en mi esposo "(sic pac).	Atención de esposo (la acompaña al baño, se queda sentado con ella)
Intento previo de suicidio discusión por infidelidad de esposo (Autolesiones con cutter)		“Me engaña con otra, es por mi pierna”	<i>Mediatas</i>
Abandono de trabajo		“Ahora que él sale no puedo estar tranquila pienso en que me sigue engañando”	<u>Individuales</u>
Amputación de pierna izquierda		Fisiológicas. Llanto/ Sentir el cuerpo “caliente” / Insomnio	<u>Internas</u>
Interrupción vida sexual			Irritabilidad, tristeza, desesperanza
Infidelidad de esposo			Pensar que su esposo la engaña
			Percepción de soledad
			<u>Externas</u>
			Aislamiento
			Falta de actividades
			<i>De otros</i>
			Atención de familia disminuye
			Deterioro en vida sexual y comunicación con pareja “él se aleja y se hace él dormido”

Nota: Elaboración propia

Análisis funcional

Se presenta a consulta la señora Cristina de 41 años de edad, en buenas condiciones de higiene y arreglo personal, católica, desempleada, casada, con cuatro hijos, que padece sarcoma de células claras recidivante. Acude a atención referida por hermana debido a intento e ideación suicida ante secuelas de tratamiento oncológico radical (amputación) y factores proximales como infidelidad de esposo. La paciente refiere esperar sentirse mejor y encontrar una posible solución.

La problemática a nivel cognitivo se caracteriza por pensamientos rumiativos relacionados a ideación suicida (“se me vino el mundo encima, he querido matarme” sic pac), pobre autoeficacia (“no puedo trabajar, no puedo salir, a mí me encantaba salir a caminar y ahora no lo puedo hacer... soy una inútil...pienso esto todos los días” sic pac) e infidelidad por parte de su pareja (“me engaña, es por mi pierna” sic pac); a nivel motor se presenta conductas como movimiento de piernas y manos; a nivel fisiológico se caracteriza por llanto, insomnio (conciliar y mantener el sueño) y sensación de calor en el cuerpo.

Lo anterior es altamente probable que ocurra ante *estímulos externos* como estar la mayor parte del tiempo sola en casa, el déficit de actividades diarias y la dificultad de trasladarse con muletas e *internos* por cogniciones de minusvalía como “no estoy igual, soy una inútil...estoy sola a nadie le importo” (sic pac).

La conducta de interés se encuentra probablemente mantenida por lo reciente de la amputación y el uso de muletas, lo que no ha permitido una adaptación completa, el aislamiento y el número reducido de actividades gratificantes realizadas, aunado al poco apoyo social en su núcleo familiar, lo que refuerza positivamente la percepción de soledad y con ello las cogniciones rumiativas suicidas, manteniéndose a mediano plazo emociones como irritabilidad, tristeza y desesperanza lo que inhibe cursos de acción por parte de la paciente, retroalimentándose sus pensamientos disfuncionales.

Por otro lado, es probable también que factores proximales como la infidelidad, junto con la interrupción y cambio en el estilo de vida en el área laboral (abandono de trabajo) y sexual (dejar de tener relaciones sexuales) por parte de Cristina funjan como reforzador positivo para las cogniciones de inutilidad y poco valor personal, manteniendo las cogniciones de atentar contra su vida como una respuesta de escape.

Dado que en la historia de aprendizaje de Cristina han existido dos intentos de suicidio previos, podría decirse que la paciente ha asociado las autolesiones como un refuerzo negativo que reduce su malestar emocional a corto plazo y obtiene refuerzo positivo al recibir una atención temporal de sus familiares incluyendo al esposo (compañía y preguntas sobre su bienestar), sin embargo, a largo plazo aumenta la respuesta emocional de tristeza, la atención de los otros disminuye y no se presenta una solución real para la sintomatología depresiva.

Con base en lo anterior se considera relevante resguardar la seguridad de la paciente debido al riesgo de suicidio, canalizar a psiquiatría para un tratamiento multidisciplinar e intervenir en el aspecto cognitivo y conductual con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva, mejorar la autoeficacia, y aumentar el número de actividades que faciliten el contacto con reforzadores positivos en el entorno de la paciente.

Hipótesis funcional o de mantenimiento

Si se brinda orientación a familiares sobre elementos de seguridad ante intentos de suicidio, se aplican ejercicios de la terapia cognitiva y activación conductual con la paciente, entonces, se espera que se generen respuestas más adaptativas ante la condición actual de salud, lo que disminuirá el estado de ánimo depresivo y con ello la probabilidad de la conducta suicida.

Evaluación multiaxial DSM-IV

Eje I: [293.83] Trastorno del estado de ánimo debido a sarcoma de células claras recidivante con episodio similar al depresivo mayor [F06.32] + Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

Eje III: Sarcoma de células claras recidivante (C00-D48).

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 41-50

Cumple con:

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas esenciales de la actividad del individuo.

Evaluación multiaxial DSM-V

293.83 [F06.32] Trastorno depresivo debido a sarcoma de células claras recidivante, con episodio de tipo de depresión mayor; V61.10 (263.0) Relación conflictiva con el conyugue o pareja. Sarcoma de células claras recidivante. WHODAS (Aplicación por el entrevistador 36 preguntas): 53.

Cumple con:

- A. Un período persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). Otro trastorno depresivo especificado.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

Objetivos de tratamiento psicológico

General

Disminuir la sintomatología depresiva a nivel cognitivo y conductual de la paciente.

Específicos

- Que la paciente identifique la importancia de recibir atención psicológica y psiquiátrica
- Que el familiar reciba orientación sobre la conducta suicida
- Que la paciente identifique qué es y cómo funciona la depresión
- Que la paciente identifique los componentes del modelo ABC de la Terapia Cognitiva
- Que la paciente identifique factores de riesgo y protectores de la conducta suicida
- Que la paciente identifique nuevas actividades que le generen reforzamiento positivo
- Que la paciente aumente nuevas actividades que le generen reforzamiento positivo
- Que la paciente identifique los pensamientos desadaptativos relacionados a su autoeficacia
- Que la paciente modifique los pensamientos desadaptativos relacionados a su autoeficacia
- Que la paciente desarrolle cursos de acción alternativos ante otra posible crisis

Estrategias terapéuticas

Selección de técnicas de intervención

- Contrato terapéutico
- Orientación a familiares
- Psicoeducación
- Activación conductual
- Elementos de terapia cognitiva

Descripción de las sesiones

La descripción de las sesiones se expone en la Tabla 2.

Tabla 2

Descripción de intervención con la paciente Cristina

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 11/05/2017	Entrevista Conductual	-Se realiza la entrevista conductual y escucha activa, la paciente refiere: <i>“pienso en matarme, ya no sirvo, no se para que estoy aquí... he pensado en ahorcarme, tomar pastillas, aventarme... lloro de la nada” (sic pac).</i>	- La paciente acepta acordar un lapso de cuatro sesiones de terapia y esperar la valoración de psiquiatría antes de intentar hacerse daño de nuevo, comenta: <i>“la verdad ya no quiero sentirme mal... me sentí peor el haber actuado así, aquí están las marcas (autolesiones) pero es que se me vino el mundo encima, busco una solución... lo voy a intentar (asistir a terapia) (sic pac)”</i>
Consulta externa	Contrato terapéutico	-Se realiza un registro de actividades diarias	-Se identifican las actividades que realiza entre semana, refiere: <i>“Me levanto a las 7 a.m, le doy de almorzar a mi esposo, desayuno, recojo la mesa, limpio los sillones, agarro las muletas y cuido al niño, veo t.v., a veces oigo música, ya casi no...después no hago nada, espero a las 8 de la noche a darle de comer a mis hijas y esposo y me duermo como a las 11...sábados y domingos es lo mismo (sic pac)”</i>
	Registro de actividades	-Se identifican factores de protección para la conducta suicida	-La paciente comenta: <i>“me detiene pensar en mis hijos, sería un golpe muy duro, mi hija la chica y mi nieto todavía me necesitan...no quiero sentirme así” (sic pac)</i>
	Orientación	-Se establece un contrato terapéutico con la paciente	El familiar (hermana) comenta: <i>“si, me comunicaré con mi familia para que no la dejen sola y que sepan todo, yo la voy a estar acompañando a la consulta”</i>
	Aplicación HADS	-Se aplicó la escala de depresión y ansiedad hospitalarias (HADS). -Se orienta a familiar sobre control de estímulos en casa y no dejar sola a la paciente - Se realiza un pase y se canaliza a psiquiatría	-Se logra agilizar la atención psiquiátrica (le mandan cita hasta julio, se logra que la agenden esa misma semana) Resultados HADS Ansiedad 20 (alto) Depresión 18 (alto) CES-D Puntaje 14 (problema clínico) -Se logra la asistencia de la paciente a la segunda sesión para continuar la entrevista -En cuanto a la atención psiquiátrica comenta: <i>“si fui me recetó un medicamento que ya voy a conseguir” (sic pac)</i>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de la intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 2 15/05/2017	Entrevista Conductual	Se continúa la entrevista conductual. La paciente refiere: <i>“me siento inservible, en cuanto a lo emocional y sexual, todo se me desploma de un fregadazo”</i>	-La paciente identifica que es la depresión y cuál es el tratamiento de la misma, refiere: <i>“Es una enfermedad que tienen muchas personas hoy en día, que les da más a las mujeres pero que tiene cura...Yo la entiendo como 50 y 50 que el medicamento y la terapia son importantes...es la misma depresión la que no te deja hacer nada y ver todo gris... todo va junto estas ideas y estos pensamientos son los que no me dejan, le tengo que echar ganas” (sic pac).</i>
Consulta Externa	Psicoeducación Activación Conductual	Se indaga sobre si se asistió a consulta psiquiátrica, se psicoeduca sobre la importancia de tomar el medicamento junto con asistir a terapia Se psicoeduca en depresión (metáfora de los lentes oscuros y el perro negro). Se repasa el registro de actividades y se explica la relación entre la inactividad y el malestar que presenta, se le explican tres principios de la activación conductual: 1. La clave para cambiar como se siente la gente es ayudarle a cambiar lo que hace 2. Estructurar y asignar actividades que sigan un plan, no una emoción. 3. El cambio será más fácil si se empieza por algo pequeño Se orienta en recordar a su hija menor y nieto, en caso de presentar de nueva cuenta la ideación suicida.	-Relacionado a la psicoeducación de la activación conductual reporta: <i>“tengo que estar distraída haciendo algo para prevenir los pensamientos (sic pac)”</i> De acuerdo con el reporte de familiar (hermana) se logra poner bajo resguardo medicamentos, objetos punzocortantes y cuerdas bajo el control de los familiares. Comenta: <i>“si le hable al esposo y platique con él, ya guardaron cuchillos y pastillas, cuerdas esas no las habíamos contemplado, pero también ya están guardadas” (sic fam)</i>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 3 30/05/2017	Psicoeducación	Se da inicio la sesión monitoreando la compra del medicamento y la causa de la ausencia.	Ante el monitoreo de la medicación la paciente comenta: <i>“El medicamento que me recetó fue el Symbyax y ya me lo estoy tomando, aunque me da mucho sueño durante el día” (sic pac). Se reporta haberlo iniciado a tomar el día 20 de Mayo.</i>
Consulta Externa	Activación Conductual	<p>Se retoma la psicoeducación sobre depresión y los principios de la activación conductual.</p> <p>Se realiza identificación y planeación de actividades, se evalúan de acuerdo a dominio y agrado</p> <p>Se monitorea qué pasa con la sintomatología depresiva durante el fin de semana, y se le explica por qué es cuando menos deprimida se siente (existe más contacto social). Se refuerza verbalmente el hecho de haber caminado junto con su familia al “tianguis”, se explora como se sintió y se recomienda en seguir realizando ese tipo de actividades.</p> <p>Nota: La paciente falta a la sesión planeada para el Martes 6 de Junio. Ese día en la tarde se pone en contacto por teléfono para re agendar la cita comenta: “no pude asistir por que fui a mi anterior trabajo, ya voy a empezar a trabajar otra vez”. Se refuerza el logro de reincorporarse a sus actividades anteriores de la amputación y se agenda la cita para el día 12 de Junio.</p>	<p>Se identifican diez actividades para incorporar a su rutina, la paciente refiere: <i>“puede ser hacer postres, pulseras, coser fieltro, hacer bolitas para el cabello, vender dulces en casa, leer, vender Avon, zapatos, colchas, perfumes, ver videos en youtube, hacer cosas de macramé (sic pac)”</i></p> <p>Se evalúa el dominio y agrado y se seleccionan las que puntúa como preferidas y con mayor viabilidad de comenzarlas a hacer durante la semana entre ellas están:</p> <p><i>Ver videos en YouTube (puntuó un 8 de dominio y agrado), Vender productos de Avon (puntuó un 9 de dominio y agrado) e ir a clases de Macramé (puntuó un 10 en dominio y agrado)</i></p> <p>La paciente refiere: <i>“Antes me gustaba mucho hacer manualidades como el macramé el material no es tan caro, mi hermana me podría apoyar con eso, por mi casa a dos cuadras hay clases, voy a ir a preguntar” (sic pac).</i></p> <p>Respecto al monitoreo de la sintomatología depresiva refiere: <i>“Pues vi que al principio no me quería bajar de la camioneta al tianguis, pero ya que lo intente me acostumbre y ese día no me importo que la gente me viera”</i></p>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 4 12/06/2017	Activación Conductual	Se revisan y refuerzan las actividades planeadas y su efecto en la paciente.	La paciente refiere: <i>“Fui a lo del macramé las clases son Lunes, Miércoles y Viernes de 4 a 5, ahorita empezaremos a hacer cosmetiqueras, también regrese a trabajar en el bar donde estaba, hable con el jefe y me dijo que él me apoyaba...les da miedo que me caiga y a mí también, pero le explique que el trabajo me ayuda para no deprimirme...ya quiero empezar a ganarme mi dinero no quiero ser una mantenida...cuando hago mi quehacer ya volví a poner música” (sic pac).</i>
	Reestructuración cognitiva	Se aplica debate socrático relacionado a las actividades realizadas con preguntas como: ¿Te das cuenta que ya estás realizando poco a poco actividades que no pensabas que podrías hacer por tu pierna? Se indaga como está la relación con él esposo y que pasaría si descubriera que la infidelidad continuara. La paciente ante el tema de infidelidad comenta: <i>“pienso que está conmigo solo por lo que intente hacer y por mi pierna...casi ni lo veo y ni le hablo ...siento que todavía me engaña por que esconde el teléfono ...la verdad sigo pensando que me quito la vida si lo veo” (sic pac)</i> Se asigna de tarea que traiga a sesión alguna de las manualidades que ha hecho en su clase	Al devolverle los logros que ha presentado refiere: <i>“ya tengo un poco más de ganas de vivir ya no estoy tan melancólica, he hablado más con mis hijos” (sic pac). “Si puedo seguir haciendo casi todo lo que hacía antes, aunque es más lento y difícil (sic pac)”</i>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 5 19/06/2017 Consulta Externa	Modelo ABC Características de ideas racionales e irracionales Orientación sobre infidelidad Debate socrático	<p>Se retoma el tema de la infidelidad del esposo. Se identifican algunos de los pensamientos ante esa situación.</p> <p>Se psicoeduca sobre el modelo ABC y se le pide a la paciente que explique un ejemplo del modelo. Se psicoeduca sobre ideas racionales e irracionales se le pide a la paciente que explique un ejemplo. Se explica la flexibilidad psicológica como signo de salud mental con la metáfora de la palmera y el roble.</p> <p>Se orienta en que la infidelidad es algo muy frecuente en las parejas con ese tipo de problemas, pero también en las que no los tienen y en el que influyen muchos factores no solamente la imagen corporal y el aspecto sexual sino factores como proximidad, comunicación, monotonía, contexto.</p> <p>Se pide que reporte las características de una mujer ideal según la paciente. Cristina al identificar su estereotipo ideal de mujer refiere: <i>“Pues es una mujer guapa, joven, voluptuosa, con carrera, como las actrices” (sic pac)</i>. Ante sus verbalizaciones se plantea: ¿Te has preguntado por qué a actrices, guapas, “completas” que tienen “todo” también las han engañado? Se brindan ejemplos del medio artístico. En todos esos ejemplos ¿A qué crees que se debió? ¿Son solo ellas las responsables? ¿O ellos son los que también deciden hacerlo o no? ¿Todas esas actrices no superaron la situación?</p>	<p>Se identifican pensamientos relacionados a imagen corporal Cristina comenta: <i>“Pienso que me engañó por mi pierna”, “ya no le gusto por esto” “como va a coger con una coja, ya no estoy completa” (sic pac)</i></p> <p>Ante el ejemplo del modelo ABC comenta: <i>“por ejemplo cuando me esconde el celular yo pienso que me engaña y que es su amante la que le está mandando mensajes, pero luego también sé que podía ser su patrón, con la primera idea me siento infeliz y si pienso la segunda pus no” (sic pac)</i>.</p> <p><i>Respecto a la metáfora refiere: “entonces yo soy como un roble (rígido) por eso sufro mucho (sic pac)”</i></p> <p><i>Relacionado a las creencias irracionales y racionales: “Lo veo como lo bueno y lo malo, unas nos hacen sufrir y las otras no... las racionales nos ayudan a seguir es como pensar positivo, las irracionales como tú dices son como mosquitos que como muelen, yo tengo muchas lo difícil es pues cambiar” (sic pac)</i></p> <p>Ante la información sobre infidelidad comenta: <i>“Pues si son muchas cosas no solo uno es culpable.” (sic pac)</i>. <i>“Si a Maribel Guardia le pasó que tiene todo, uno que puede esperar (Ríe)” (sic pac)</i>.</p> <p><i>“Eso sí, ellos pueden decidir hasta en el último momento si hacerlo o no... pero me duele que no haya pensado en mí” (sic pac)</i>.</p>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 6 19/06/2017	Distorsiones cognitivas	Se monitorea cómo va en sus clases de Macramé y en su trabajo Se repasa el modelo ABC y las características de ideas racionales e irracionales.	Referente al seguimiento de sus actividades comenta: <i>“A mis clases sigo asistiendo y en el trabajo mi esposo me compró una nueva mochila para meter mis dulces, ya últimamente nos hemos estado hablando más, ya no llega tan tarde...Me ha ido muy bien en el trabajo, el fin de semana me saqué 800 pesos (sic pac)”</i>
Consulta Externa		Se psicoeduca sobre distorsiones cognitivas mediante el apoyo de ilustraciones y se pregunta en cada una si a ella alguna vez le ha pasado.	En relación a monitorear las ideas racionales e irracionales menciona: <i>“me acorde de unas en la semana, de lo bueno y malo, cuando trapeo en el baño si todo el tiempo antes estoy pensando que me voy a caer, aunque no pase, no estoy a gusto, estoy preocupada, esa sería una irracional “(sic pac)”</i>
		Se orienta sobre comunicación con pareja, debido a la distorsión de adivinación del pensamiento.	En cuanto a las distorsiones cognitivas identifica (señala) las más frecuentes relacionadas a la relación con su esposo y condición de la pierna: Lectura de pensamiento, → <i>“ eso me pasa cuando pienso que pone una canción porque se la dedicó a la otra, eso como me encabrona ”</i> <i>Adivinación → “cuando pienso que se va con la otra”</i> <i>Etiquetaje → “con mi pierna me digo que soy una coja...”</i> <i>Pensamiento de tipo todo o nada → “... pensaba que con pierna sirvo y que ahora no sirvo,”</i>
			Referente a la distorsión de adivinar el pensamiento menciona: <i>“si hay que preguntar antes de suponer (sic pac)”</i>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 7 3/07/2017	Distorsiones cognitivas	Se indaga sobre qué ha pasado con las ideas de atentar con su vida y con el medicamento psiquiátrico.	Referente a la ideación suicida comenta: <i>“ya no lo haría, no sé por qué lo hice en ese momento, quede mal ante mis hijos, soy un mal ejemplo” (sic pac).</i> Ante el pensamiento “soy un mal ejemplo” Cristina identifica que es etiquetaje. Comenta: <i>“yo digo que es etiquetaje porque me estoy poniendo el nombre de eso (sic pac)”</i>
Consulta Externa	Escucha activa Orientación	Se retoma las distorsiones cognitivas revisadas y se pregunta si ha presentado últimamente alguna. Se pregunta cómo actuaría actualmente si confirmara la infidelidad. Se reporta no poder dormir durante la noche refiere: <i>“Me preocupa últimamente que no me da sueño en la noche, pero si en el día, me pasa como tres veces por semana”.</i> Se orienta en higiene del sueño y en comentarlo en psiquiatría.	Ante la conducta suicida comenta: <i>“Ya no me haría daño...tengo a mi nieto, a mi hija, tengo trabajo (llanto), ya voy a tener una prótesis... los de mi trabajo se cooperaron para mandármela a hacer... estoy bien con mi esposo, me pregunta como estoy, llega temprano, tengo que echarle ganas” (sic pac.).</i> Respecto a la adherencia al medicamento comenta: <i>“Me sigo tomando el medicamento, el dr me dijo que ya me ve mejor” (sic pac).</i> Con relación a la higiene del sueño reporta: <i>“si le comentaré al doctor que no sé a qué se deba... trataré de cuidar qué cenó y no cenar mucho en la noche (sic pac)”</i>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 8 17/07/2017	Escucha activa	Se monitorea sobre cómo le ha ido durante las semanas pasadas, la paciente refiere un aspecto nuevo que le causa malestar relacionado a su hija: <i>“he llorado varias veces, estoy desesperada ya no sé qué hacer para sacar a mi hija de la casa, a que haga algo de su vida, solo duerme y se encierra con el niño, primero me gustaba que me acompañara, pero ya no, está como amargada, se lo he dicho de mil maneras y no se va...ella puede hacer muchas cosas, salir y no aprovecha...ya mejor estoy pensando en irme yo con mi marido”</i> (sic pac).	La paciente referente a su hija comenta: <i>“no entiende de verdad ya he intentado todo, hablarle bien, hablarle mal, mi esposo también ya habló con ella y no hace caso, voy a tratar de hacer menos comida y sacarle sus cosas a la calle a ver si así”</i> (sic pac).
Consulta Externa	Manejo de contingencias Reestructuración cognitiva	Se orienta sobre manejo de contingencias en lo relacionado con su hija. Comenta también estar preocupada sobre su condición médica debido a que ha tenido un dolor punzante en su riñón, refiere: <i>“me preocupa ese dolor, los resultados de la tomografía me los dan pronto, si sale algo malo no sé qué voy a hacer”</i> (sic pac). Reporta una ERA de ansiedad 7/10. Se plantean dos escenarios de noticias de la tomografía favorable y el poco favorable, se pide que relate que haría en cada uno de ellos. Se anota la próxima cita médica y se planea entrar a consulta con la paciente a recibir resultados de tomografía.	La paciente ante la situación médica hipotética refiere: <i>“En el favorable, solo me preocuparía por mi próxima prótesis, en que me quede bien porque apenas me la medirán, en el no favorable, sería volver a empezar... de alguna forma sé que puede pasar por que me han dicho que mi tipo de cáncer es agresivo, pero esperemos que no”</i> (sic pac).
Sesión 9 22/08/2017	Escucha activa	Se entra a consulta médica con Cristina a recibir resultados de tomografía y mastografía. No se reportan eventualidades.	Cristina refiere: <i>“me da mucha tranquilidad que todo esté bien, aunque lo de mi hija ha empeorado, sigue sin quererse salir de la casa”</i> (sic pac).
Consulta Externa	Monitoreo		

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 10 4/09/2017	Escucha activa Debate socrático Lista de créditos Salto en el tiempo Aplicación HADS	<p>Se inicia la sesión recapitulando la noticia de la próxima prótesis, los buenos resultados de la tomografía y el semblante de tranquilidad de la paciente. La paciente refiere: <i>“No, no me siento bien... (llanto) estos dos días (fin de semana) no sé qué volvió a pasar, ayer me la pase llorando, solo se me venía a la cabeza que ya no quiero estar aquí... anoche me quería parar a tomar pastillas, todas las que tuviera ... me pare tres veces al baño y creo que mi esposo lo presintió porque también se levantó a verme” (sic pac).</i></p> <p>Se identifican estímulos antecedentes y consecuentes del evento, la paciente refiere: <i>“El viernes me caí del camión, me caí y me sentí inútil, me levanté casi casi arrastrando iba a mi consulta de rehabilitación... me sentía inútil, deforme, incompleta, que no sirvo... mejor me regrese a mi casa... me la pase tirada en la cama todo el fin de semana, de malas y llorando, pensaba tonterías, no fui al trabajo ni llegue a la consulta... la gente te dice échale ganas, pero no saben que es tan complicado” (sic pac.)</i></p> <p>Se indaga como se encuentra la situación de hija y esposo y comenta: <i>“Con mi hija ya comenzó a buscar trabajo, eso es un avance por fin... con mi esposo estamos “bien”, aunque a veces llega de malas y casi no me habla “(sic pac).</i></p> <p>La paciente refiere no haber platicado con nadie sobre la ideación. Se realiza escucha activa y se normalizan emociones, se señala que es normal el hecho de que haya recaídas en el proceso.</p>	<p>En cuanto a estímulos visuales agradables que disminuyen la sintomatología depresiva se identificaron: <i>“pienso en mi nieto cuando está dando sus primeros pasos, sé que aún me necesita... pienso en cuando me rio mucho con mi hija por sus tonterías...” (sic pac.).</i></p> <p>Ante la identificación de logros alcanzados comenta: <i>“si sé que me he adaptado por ejemplo a las muletas, que antes no quería ni salir... necesito escribir esas cosas con calma” (sic pac.)</i></p> <p>Ante el ejercicio de salto en el tiempo refiere: <i>“me imagine que estaba en un parque que está cerca de la casa de mi mamá, estábamos todos en mi familia mis padres, mis hijos, mi esposo, todos nos veíamos felices, estábamos jugando en los juegos con el niño, yo estaba contenta, podía caminar, me quedaba bien la prótesis... estaba tranquila, estaba bien (sic pac).</i></p> <p>Se propone a la paciente el darse la oportunidad de probar cómo se siente con el cambio de prótesis, que es una parte de su tratamiento que podría favorecer realizar su vida cotidiana con mayor facilidad.</p> <p>Refiere <i>“si, esperare a ver si me funciona... cuando mi nieto está cerca de mi como ya quiere caminar quiere que lo ande paseando y ni eso puedo hacer (llanto)... aunque con la prótesis sería como volver a empezar y aprender a caminar juntos (sic pac)”</i>.</p>

Continúa...

Tabla 2*Descripción de intervención con la paciente Cristina (continuación)*

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 10 4/09/2017	Escucha activa Debate socrático Lista de créditos Salto en el tiempo Aplicación HADS	<p>Se realiza debate socrático referente a pensamientos de inutilidad.</p> <p>En la calle a todos nos pasan cosas. ¿Crees que ese accidente lo pudo tener cualquiera, que son cosas que pasan? ¿Qué te hizo sentir peor el accidente en sí o como lo interpretaste “soy una inútil”?</p> <p>¿De mayo para acá Cristina todo ha sido terrible? ¿Te has sentido mejor, aunque sea por momentos? ¿Qué pasaría si con la prótesis aumentaría la facilidad de hacer tus cosas y situaciones como esta disminuyeran? ¿Valdría la pena esperar a que la uses e intentar ver cómo te adaptas?</p> <p>Se brinda retroalimentación sobre algunos de los logros adquiridos desde el mes de mayo, se pide recordar a la paciente como se sintió ante esas situaciones. Ante la dificultad de verbalizar otros logros realizados se asigna la tarea de hacer una lista de créditos con todos los avances que ha construido desde su amputación</p>	<p>HADS Ansiedad 11 (alto) Depresión 8 (dudoso)</p> <p>ERA tristeza y ansiedad 10/10</p>

Nota: Elaboración propia.

Resultados

A continuación, se describen los resultados cuantitativos y cualitativos de las diez sesiones realizadas con Cristina hasta la fecha, si bien el caso se encuentra en curso, las sesiones realizadas permiten observar algunos avances significativos en torno a la sintomatología depresiva que la paciente presenta.

De acuerdo con la escala HADS en la Figura 1 se puede observar una disminución en ambas dimensiones del instrumento.

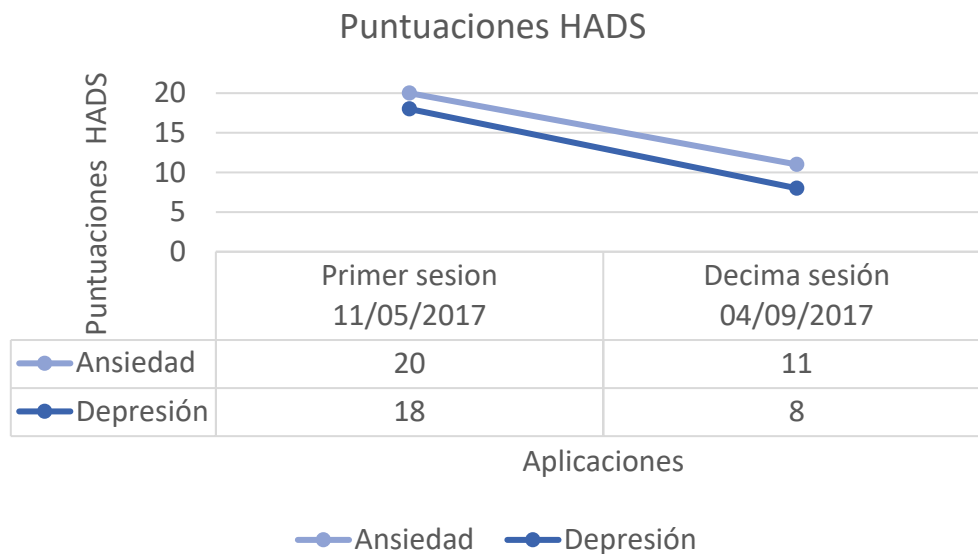


Figura 1. Puntuaciones de sintomatología de depresión y ansiedad con relación a la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalarias (HADS, por sus siglas en inglés). Elaboración propia.

La escala de depresión de reportar un puntaje alto paso a un problema dudoso, presentando una disminución de 10 puntos entre la primera y última sesión. Por parte de la ansiedad si bien fue una problemática que no se abordó directamente se observó una disminución de 9 puntos, sin embargo, esto de acuerdo con el instrumento aún se encuentra en el rango de puntaje alto. En cuanto a los resultados cualitativos de la paciente (cognitivos y conductuales), se resumen los más significativos en la Tabla 3.

Tabla 3*Resultados a nivel conductual de la intervención con la paciente Cristina*

Objetivos de la sesión	Después de la intervención
Que el familiar reciba orientación sobre la conducta suicida	<p><i>“Me comunicare con mi familia para que no la dejen sola y que sepan todo, yo la voy a estar acompañando a la consulta”</i></p> <p><i>“Le hable al esposo y platique con él, ya guardaron cuchillos y pastillas, cuerdas esas no las habíamos contemplado, pero también ya están guardadas” (sic fam)</i></p>
Que la paciente identifique la importancia de recibir atención psicológica y psiquiátrica	<p><i>“La verdad ya no quiero sentirme mal... me sentí peor el haber actuado así, aquí están las marcas (autolesiones) pero es que se me vino el mundo encima, busco una solución... lo voy a intentar (asistir a terapia) (sic pac)”</i></p> <p><i>“El medicamento que me recetó fue el Symbyax y ya me lo estoy tomando, aunque me da mucho sueño durante el día” (sic pac).</i></p>
Que la paciente identifique nuevas actividades que le generen reforzamiento positivo	<p><i>“Puedo hacer postres, pulseras, coser fieltro, hacer bolitas para el cabello, vender dulces en casa, leer, vender Avon, zapatos, colchas, perfumes, ver videos en youtube, hacer cosas de macramé (sic pac)”</i></p> <p><i>“Tengo que estar distraída haciendo algo para prevenir los pensamientos (sic pac)”</i></p>
Que la paciente aumente nuevas actividades que le generen reforzamiento positivo	<p><i>“Fui a lo del macramé las clases son Lunes, Miércoles y Viernes de 4 a 5, ahorita empezaremos a hacer cosmetiqueras, también regrese a trabajar en el bar donde estaba, hable con el jefe y me dijo que él me apoyaba...les da miedo que me caiga y a mí también, pero le explique que el trabajo me ayuda para no deprimirme...ya quiero empezar a ganarme mi dinero no quiero ser una mantenida...cuando hago mi quehacer, ya volví a poner música” (sic pac).</i></p> <p><i>“Ya tengo un poco más de ganas de vivir ya no estoy tan melancólica, he hablado más con mis hijos” (sic pac)</i></p> <p><i>“Pues si vi que al principio no me quería bajar de la camioneta al tianguis, pero ya que lo intente me acostumbre y ese día no me importo que la gente me viera”</i></p>

Nota: Elaboración propia.

Tabla 4

Resultados a nivel cognitivo de la intervención con la paciente Cristina

Objetivos de la sesión	Después de la intervención
Que la paciente identifique qué y cómo funciona la depresión	<i>“Es una enfermedad que tienen muchas personas hoy en día, que les da más a las mujeres pero que tiene cura... Yo la entiendo como 50 y 50 que el medicamento y la terapia son importantes... es la misma depresión la que no te deja hacer nada y ver todo gris... todo va junto estas ideas y estos pensamientos son los que no me dejan, le tengo que echar ganas” (sic pac).</i>
Que la paciente identifique los componentes del modelo ABC de la Terapia Cognitiva y creencias racionales e irracionales	<i>“Por ejemplo cuando me esconde el celular yo pienso que me engaña y que es su amante la que le está mandando mensajes, pero luego también sé que podía ser su patrón, con la primera idea me siento infeliz y si pienso la segunda pus no” (sic pac).</i> <i>“Lo veo como lo bueno y lo malo, unas nos hacen sufrir y las otras no... las racionales nos ayudan a seguir es como pensar positivo, las irracionales como tú dices son como mosquitos que como muelan, yo tengo muchas lo difícil es pues cambiar” (sic pac)</i> <i>“Me acorde de unas en la semana, de lo bueno y malo, cuando trapeo en el baño si todo el tiempo antes estoy pensando que me voy a caer, aunque no pase, no estoy a gusto, estoy preocupada, esa sería una irracional” (sic pac)</i>
Que la paciente identifique los pensamientos desadaptativos relacionados a su autoeficacia	Lectura de pensamiento, → <i>“ eso me pasa cuando pienso que pone una canción porque se la dedicó a la otra, eso como me encabrona ”</i> Adivinación → <i>“cuando pienso que se va con la otra”</i> Etiquetaje → <i>“con mi pierna me digo que soy una coja...”</i> Pensamiento de tipo todo o nada → <i>“... pensaba que con pierna sirvo y que ahora no sirvo.”</i> <i>“Pues si son muchas cosas no solo uno es culpable.” (sic pac)</i>
Que la paciente modifique los pensamientos desadaptativos relacionados a su autoeficacia	<i>“Si puedo seguir haciendo casi todo lo que hacía antes, aunque es más lento y difícil (sic pac)”</i>
Que la paciente identifique factores de riesgo y protectores de la conducta suicida	<i>“Me detiene pensar en mis hijos, sería un golpe muy duro, mi hija la chica y mi nieto todavía me necesitan...no quiero sentirme así” (sic pac)</i> <i>“Pienso en mi nieto cuando está dando sus primeros pasos, sé que aún me necesita...pienso en cuando me rio mucho con mi hija por sus tonterías...” (sic pac).</i>
Que la paciente desarrolle cursos de acción alternativos ante otra posible crisis	<i>“Me imagine que estaba en un parque que está cerca de la casa de mi mamá, estábamos todos en mi familia mis padres, mis hijos, mi esposo, todos nos veíamos felices, estábamos jugando en los juegos con el niño, yo estaba contenta, podía caminar, me quedaba bien la prótesis... estaba tranquila, estaba bien (sic pac).</i> <i>” Si, esperare a ver si me funciona (prótesis)...cuando mi nieto está cerca de mi como ya quiere caminar quiere que lo ande paseando y ni eso puedo hacer (llanto)... aunque con la prótesis sería como volver a empezar y aprender a caminar juntos (sic pac)”.</i>

Nota: Elaboración propia.

Conclusiones

La depresión se caracteriza por una condición de llanto continuo, incapacidad para producir nuevas ideas, ausencia de proyectos o imposibilidad de poner en práctica actividades cotidianas, generalmente se acompaña de autodesprecio e inutilidad, llegando la persona a hipertrofiar sus fracasos o deficiencias y negar pequeños o grandes éxitos. A menudo se presenta junto con otros síntomas como pérdida del apetito, trastornos del sueño, dificultad para concentrarse y ansiedad (Rocamora, 2013).

De acuerdo con Bobes (2004), Rocamora (2013) y Toro (2013) de todos los trastornos mentales, la depresión es el principal responsable de los suicidios consumados. Existe un amplio número de factores que intervienen en la conducta suicida, entre los cuales se encuentran: la cronicidad de la depresión, componentes de ansiedad o agitación, agresividad o impulsividad, antecedentes personales y familiares de suicidio, variables sociodemográficas, enfermedades médicas concomitantes, antecedentes de automutilaciones, abuso en la infancia y pobre apoyo social

De lo anterior Cristina cumple con la mayoría de los factores de riesgo y en su caso existen variables no modificables (amputación e infidelidad) que impactan en la conducta problema de manera significativa, la cual requiere una atención psicológica de larga duración.

A once meses de su desarticulación, la paciente sigue presentando ideación suicida y si bien los avances reportados muestran mejoría con relación al objetivo general de la intervención el cual consiste en disminuir la sintomatología depresiva, el presente caso aún no se puede considerar exitoso, debido a que la probabilidad de recaídas es alto (como se identificó en la sesión 10), ya que al parecer no se han mantenido las estrategias trabajadas con anterioridad, por ejemplo: se ha identificado que buena parte del bienestar de la paciente sigue en función de la atención que brinde el esposo lo que se puede observar como patrón a lo largo de las sesiones, así mismo cogniciones de minusvalía y pobre autoeficacia que dificultan el funcionamiento siguen presentes. Sin embargo, y hasta el momento un elemento a identificar es que se ha logrado prevenir otros episodios autolíticos desde comienzos de la intervención (Mayo del 2017).

En cuanto a otros elementos benéficos durante las sesiones llevadas a cabo se pueden identificar el uso del contrato terapéutico como estrategia para comprometer a la paciente, el apoyo de la medicación psiquiátrica desde el inicio del tratamiento psicológico, el apoyo e incorporación de familiares en la intervención, la cooperación y adherencia de la paciente a las sesiones y el manejo del componente conductual antes del cognitivo, en casos que requieren urgencia e inmediatez en sus resultados.

Por otro lado, con relación a las áreas de oportunidad se puede identificar:

- La poca experiencia de la terapeuta en el trato de pacientes con conducta suicida
 - El espacio entre sesiones (se recomienda un tiempo más breve, dos o tres sesiones por semana al menos en las etapas iniciales del tratamiento dependiendo del riesgo del paciente y recaídas)
 - El no haber incorporado instrumentos especializados para medir conducta suicida tales como: SAD PERSONS, Escala de desesperanza de Beck, Escala de ideación suicida y/o Escala de riesgo-rescate.
 - Evaluación más detallada en cuanto a:
 - Características de los intentos previos, método, planificación y deterioro previo a la tentativa.
 - El que no se haya abordado hasta el momento el componente ansioso que el HADS reporta.
- Finalmente, como caso en curso se planea:

- Realizar una devolución de facie de su análisis funcional y línea del tiempo para que la paciente identifique una explicación a su comportamiento
- Crear un plan de emergencia y prevención de recaídas con mayor énfasis conductual ante situación de crisis
- Reforzar elementos de la terapia cognitiva como el esquema ABC y debate socrático ante creencias de inutilidad
- Incorporar elementos de solución de problemas relacionado a la conducta suicida
- Continuar con elementos de activación conductual y monitoreos respecto a su atención psiquiátrica
- Aumentar el apoyo social

Referencias

Bobes, G. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. ARS Médica: Barcelona.

Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7, 93-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904010>



Anexo 6. Caso clínico 3

Hospital Juárez de México
Medicina Conductual



Servicio de Oncología

Presentación tercer caso clínico
Lic. Psic. Claudia Verónica Patiño Canto

Ficha de identificación

Nombre: Jennifer

Sexo: Mujer

Edad: 36

Estado civil: En una relación

Ocupación: Desempleada

Residencia: CDMX

Escolaridad: Lic. en admón. de empresas
con posgrado en recursos humanos

Religión: Mormona

Dx médico: Lupus eritematoso sistémico + fibromialgia + hipertensión + hipotiroidismo + trastorno de ansiedad + 3 trasplantes de córnea con perforación de retina de ojo izquierdo.

Criterio de selección del caso

Los trastornos de la personalidad son formas de pensar, sentir y comportarse que no se ajustan a lo que se espera de la persona conforme a su edad y la cultura en la que se desarrolla, generan un gran sufrimiento y deterioro en varias áreas del individuo y de su familia. Actualmente son un problema de salud pública y se encuentran con la dificultad de un diagnóstico temprano y atención especializada.

Particularmente el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno complejo en su tratamiento al compartir muchos de los rasgos de otros trastornos y alta incidencia de suicidio. Se caracteriza por una dificultad para regular las emociones y pensamientos. Las personas con este trastorno tienen conductas impulsivas y temerarias,

sus relaciones con otras personas son difíciles de gestionar por sus cambios repentinos de humor. Las personas con TLP son propensas a sufrir también de depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación y comportamientos suicidas.

En ese tenor el presente caso pretende ilustrar una intervención cognitivo conductual en un paciente con TLP con pluripatologías dentro del contexto hospitalario.

Motivo de consulta

La paciente es referida del servicio de psiquiatría el día *26 de septiembre del 2017* por sintomatología depresiva. Ha presentado tres intentos de suicidio previos desde hace tres años a la fecha (2016-2018), se refieren problemas en el área laboral, familiar, de salud y personal.

Ante sus múltiples diagnósticos Jennifer señala: “la fibromialgia es la que más me ha fregado, no puedo hacer nada, me la paso acostada por el dolor, ya no quiero tener relaciones, se me fueron las ganas, tengo dolor de huesos, no como, no duermo, hay días que estoy sin levantarme, sin poder hacer cosas” (sic pac). Con relación al Lupus comenta: “no puedo tener hijos, quién va a querer conmigo” (sic pac). En el área familiar la paciente refiere: “mi hermano me dice que en mi nada más gastaron tiempo y dinero al pagarme la universidad... yo no sé qué es ser feliz, desde la infancia tuve que estar a cargo de cuidar a mi papá y hermano por la enfermedad de mi mamá (lupus eritematoso sistémico) ... mi madre me critica, me juzga” (sic pac).

En el área laboral menciona: “nunca perdí un año de escuela, salí con buenas calificaciones, pero con esta enfermedad no puedo trabajar, yo quería estudiar medicina, ahorita me gustaría conseguir de lo que fuera, la ansiedad me entra cuando no tengo para nada” (sic pac). Se refieren problemas económicos, comenta: “le debo a todos los bancos y a muchos conocidos” (sic pac). La paciente refiere problemas de sueño los siete días de la semana, duerme en promedio cuatro horas diarias, se reporta consumo de sustancias (crack y alcohol) cada fin de semana, marihuana ocasionalmente, verbaliza: “el crack es como un escape de todo, me ayuda a controlar el dolor” (sic pac).

Tiene una relación de pareja desde dos años con violencia física, económica y psicológica refiere: “este fin de semana me arrastró por toda la lateral, me dijo que era una zorra, puta, ya quiero terminar la relación, esto va empeorando” (sic pac). La paciente señala estar “dispuesta” a la atención psicológica comenta: “espero sentirme mejor, hacer algo por mí, encontrar a la Jennifer del pasado, la perdí hace mucho tiempo, quiero encontrar un trabajo, quiero cambiar, quiero dejar a Sinoel” (sic pac).

Antecedentes

Heredofamiliares

Madre con Lupus Eritematoso Sistémico, padre con hipertensión arterial + diabetes + obesidad + alcoholismo.

Artritis abuela paterna.

Cáncer de tiroides tía materna.

Personales no patológicos

Jennifer reside con sus padres y hermano mayor en casa rentada, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva.

Personales patológicos

Crónicos degenerativos: Hipertensión arterial sistémica en tx con losartan cada 12 hrs.

lupus eritematoso sistémico bajo tx de miclofenato de mofetilo 6 tabletas diarias. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, ansiedad crónica en tratamiento con paroxetina, depresión crónica en tx con clonazepam, migraña, sx de anticuerpos antifosfolipidos (SAF) en tx con ácido acetilsalicílico suspendido en Mayo del 2016.

Alérgicos: Sulfas y Ciprofloxacino

Quirúrgicos: Abril 2016 resección tumoral en articulación metacarpofalángica de 5° dedo de mano derecha.

Traumaticos: Fractura de clavícula derecha a los seis años, tx reducción cerrada.

Toxicomanías: alcoholismo y tabaquismo positivos.

Psicológicos patológicos

La paciente refiere probable abuso sexual por parte de su hermano y primo a la edad de 12 años, comenta: “Creo que lo bloquee de mi cabeza, él llegaba borracho, no se cuidaba y lo veía masturbándose, solo fue una vez que me toco, mi mamá estaba en el hospital y mi padre trabajando, pero la verdad no recuerdo muy bien solo sé que me sigue dando mucho miedo cuando llega en ese estado (alcoholizado) y pongo seguro a mi puerta” (sic pac).

A los 15 años Jennifer inicia una relación de pareja que dura 6 años, es en ella cuando comienza con el consumo de marihuana, comenta: “puedo decir que él era el amor de mi vida, aún no lo supero y lloro, pienso en ¿por qué me dejó, porque a él le va bien y a mí no?, desde ahí me vine para abajo ya nunca volví a ser la misma, por él me hice algunos tatuajes y al terminar me descarrié, casi al terminar la universidad anduve con uno y con otro, la verdad me he acostado con más de 20, ya perdí la cuenta” (sic pac).

A partir de esa relación Jennifer comenta: “he andado con puro adicto, ratero o secuestrador, todos han sido o son violentos, con algunos compensaba lo material para que no me dejaran cuando me iba bien económicamente hablando, ahora ya no tengo ni para un chicle y me duele pedirles a mis papás” (sic pac).

Por otro lado, la paciente refiere haber recibido atención psiquiátrica y psicológica con anterioridad. La atención psiquiátrica fue recibida en su clínica de zona y en el hospital de la raza desde el 2014, comenta: “A mis psiquiatras les doy flojera solo fui como tres sesiones, me dieron clonazepam y paroxetina para la depresión y la ansiedad, me los cambian muy seguido no creo que me hayan ayudado” (sic pac.). La paciente refiere que ninguno de sus médicos conoce la adicción por la que atraviesa, señala: “si les

comento lo colocarían en mi expediente y mis padres se enterarían en algún momento (sic pac.)”. Por parte de la atención psicológica menciona haber acudido a dos instituciones del gobierno (no especifica cuales) esto en el año del 2015, sin resultados significativos, en los dos intentos previos ha abandonado la terapia antes de la cuarta sesión, “creo que no entendían todos mis problemas, los psiquiatras me mandaban por mi depresión” (sic pac.).

Dinámica familiar y familiograma.

Actualmente Jennifer vive con sus padres y ocasionalmente fines de semana con su pareja. Sus padres, hermano y sobrino son los únicos familiares con los que tiene contacto cercano Ver Figura 1.

La relación con la madre y el hermano de la paciente las define como “caóticas”. Por parte del padre comenta que es su único apoyo emocional junto con su sobrino. El sobrino presenta una discapacidad intelectual y la visita una vez cada quince días, en estas visitas Jennifer es la que se hace cargo de su cuidado debido a la ausencia y poco interés de su hermano.

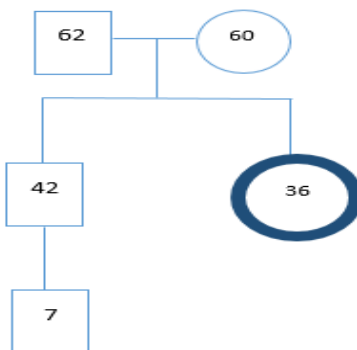


Figura 1 . Familiograma actual de Jennifer. Elaboración propia.

Historia del problema

Médica

2007→ Lupus eritematoso sistémico diagnosticado por manifestaciones articulares, renales y reumatológicas.

2014→ Nefritis Lupica clase IV (Biopsia 2014) con dos recaídas

Hipotiroidismo

SAF secundario

Fibromialgia

Trasplantes corneales (3) + Cirugía de cataratas en ambos ojos

2015→ Hipertensión arterial

2017→ Trastorno límite de la personalidad (IMSS Hospital General de la Zona No. 57 diciembre del 2017)

Nota: La paciente también es atendida en Centro Médico Nacional La Raza y Centro Médico Nacional Siglo XXI

Psicológica

Infancia (1987- 1995) → La paciente verbaliza que desde muy chica (seis años de edad) ha pensado en matarse. A los catorce decide comprar un bisturí para cortarse las venas, el cual guarda hasta el año 2016 que es cuando realiza el segundo intento de suicidio. En el área interpersonal durante la infancia y adolescencia temprana comenta: “nunca he conectado con nadie, no tengo amigos cercanos... con las mujeres nunca me lleve bien, sentía que eran muy criticonas...siempre me he sentido sola, abandonada... mi padre suplía su ausencia y la de mi madre con premios y peluches” (sic pac.).

Adolescencia (1995- 1999) → La adolescencia de la paciente se caracterizó por el acercamiento al consumo de sustancias y primera relación estable, la cual de acuerdo con la paciente “aún no supera”. El inicio de su vida sexual comenzó a los 14 años y actualmente son más de 20 parejas sexuales las que ha mantenido, tres han sido parejas estables, donde todas han estado vinculadas con el consumo de sustancias.

Adulthood temprana (2000-2007) → En el área escolar y laboral es referido un buen rendimiento académico hasta el nivel superior, sin embargo, comienza a deteriorarse en el año 2007 donde existe un estado intermitente en la salud de su madre, se presenta la ruptura de su pareja de aquel momento y la paciente amplía su consumo de sustancias a crack, cocaína y marihuana. Es también a partir de este año que debido a las rupturas amorosas y “decepciones” incrementa la conducta de tatuarse, “cada que me siento triste me dan ganas de rayarme, es como expresar el arte y el dolor en mi cuerpo” (sic pac). Es en este periodo año del 2007 donde se le confirma el diagnóstico de lupus.

Adulthood (2008-2013) → Con relación al área laboral la paciente refiere haber sido inestable en sus trabajos, caracterizándose por relaciones conflictivas, excesivo consumo de café faltas e impuntualidades, comenta haber tenido 6 trabajos diferentes en cuatro años, y problemas con compañeros de trabajo, “en dos ocasiones las esposas de mis jefes me despidieron por decir que me metía con ellos” (sic pac). Jennifer en este periodo decide contraer matrimonio comenta: “fue rápido, me enamore y no duramos ni seis meses, le compraba todo, saque un carro una casa y él no me correspondió, no me amaba, de ahí me quede drogada le debo a todos los bancos, solo me endeudé...” (sic pac).

Actualmente (2014-2017) → En esta etapa la paciente reporta una exacerbación de malestar en general, se presenta dolor “en todo el cuerpo” que le impide laborar, se presentan también complicaciones visuales de sus padecimientos. Es en ese mismo año cuando conoce a su pareja actual quien antes de iniciar la relación abusa sexualmente de ella (en una fiesta), sin embargo, decide continuar con la misma. La paciente actualmente realiza labores domésticas en su casa como en casa de su pareja a cambio de ganancias económicas. Así mismo, comienza a realizar intermitentemente “amarres y trabajos de brujería”. Otra fuente de ingreso económico lo percibe a partir de vender su medicamento del tratamiento de lupus a pacientes con la enfermedad, los cuales contacta via Facebook, dinero el cual es empleado para comprar crack comenta: “el crack es como un escape de todo, me ayuda a controlar el dolor” (sic pac).

La violencia física, psicológica y económica ejercida en su relación de pareja ha sido el principal motivo de la ideación e intentos suicidas. A continuación, se describen brevemente la cronología y el método de los intentos realizados.

Primer intento → El primer intento lo realiza el 5 de diciembre del 2016 en estado de ebriedad al discutir con pareja por no querer quedarse en su vivienda, sale en la madrugada y al llegar a su hogar toma 20 pastillas de clonazepam, con un bisturí que compró desde el 2004 se abre las muñecas, pierde el conocimiento y al despertar reporta pensar “sigo en el mismo lugar”, su padre se percata de lo sucedido y comenta “eres una pendeja, ¿por qué haces eso?”, acude por su cuenta a su hospital de zona en La Quebrada para atención medica psiquiátrica, donde le realizan un lavado gástrico, debido al internamiento tanto la pareja como ambos padres se enteran de la situación.

Segundo intento → El segundo intento es en febrero del 2017 a partir de una discusión con su madre, quien le hacía comentarios como: “ya nada más te la pasas acostada, no haces nada, ni quehacer ni nada” (sic fam), en esta ocasión la paciente en estado de embriaguez vuelve a tomar medicamentos no especificados, lo cuales según no hicieron efecto comenta: “por la tolerancia a todo lo que tomo” (sic pac). En esta situación solamente la madre de la paciente es quien se percata del estado de obnubilación, posteriormente Jennifer comienza a ingerir alimentos como “leche” para contrarrestar la dosis de los medicamentos ingeridos, no se acude a atención médica.

Tercer intento → El último intento se presentó en el mes de Agosto del 2017 en una discusión de violencia con la pareja se menciona: “me arrastró por toda la lateral, me dijo que era una zorra, puta”, los dos se encontraban en estado de ebriedad, el motivo fue el no querer quedarse con él durante la noche ni tener relaciones sexuales. En esta ocasión vuelve a auto medicarse y a tomar sobredosis de clonazepam, señala: “esa noche pensé en aventarme de un puente, pero por los golpes llegue a mi casa y me tome quien sabe cuántas pastillas, nadie se dio cuenta” (sic pac.)

Durante el 23 de septiembre del 2017 se presentó ideación suicida debido a nueva discusión con pareja, a consecuencia de los golpes se quedó en cama tres días por el dolor, refiere “a veces pienso que sino fuera por mi padre y sobrino yo ya no estaría aquí” (sic pac).

Padecimiento actual

Jennifer presenta variadas problemáticas en cada área de su vida, entre ellas problemas de pareja, familiares, desempleo, inestabilidad emocional, así como consumo de sustancias y falta de adherencia a atención médica (reumatológica y psiquiátrica), comenta: “tengo ansiedad, depresión ya le perdí el sentido a todo”, reporta un malestar emocional 10/10 , las situaciones anteriores aunado a sus múltiples diagnósticos médicos en la actualidad le generan repercusión funcional, pues referente a sus actividades diarias se señala: “Me he querido matar como tres veces, no soy feliz, duermo nada más como 4 hrs diarias y en el día tengo mucho sueño, casi no como, me la paso encerrada en mi cuarto viendo películas, tomo muchísimo medicamento que ya ni me hace y me tomo más para doparme, a veces ni para eso tengo dinero, ya no veo con el ojo izquierdo casi nada creo que estoy rechazando el trasplante... no amo a mi pareja me da asco tener relaciones con él... nuestra relación está muy mal...” (sic pac). El desempleo de la paciente le genera conflictos con su núcleo familiar, señala: “...son muchas discusiones todos los días por la falta de dinero, me presionan para conseguir trabajo, y por dejar a Sinoel, hoy por hoy no encuentro trabajo, no puedo por tantas citas y hospitales ¿de qué me sirvieron tantos años en la escuela?, me siento inútil, porque soy una carga para mis padres, yo siempre me imagine viviendo libre y sola ahora estoy toda chingada, ya no tengo solución” (sic pac).

Impresión y actitud general

Paciente femenina de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Presenta facie triste y verbalizaciones contingentes a llanto al tema de salud y pareja. Se muestra cooperadora ante la entrevista. La paciente reporta aproximadamente 16 tatuajes en todo el cuerpo relacionados en su mayoría a relaciones sentimentales y cuestiones relacionadas a “la brujería”.

Examen mental de primera vez

Paciente femenina de edad aparente mayor a la cronológica. Presenta marcha lenta y pausada. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). En estado somnoliento con respuestas al ambiente aletargadas. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento abstracto, caracterizado por creencias de tipo mágico religiosas (brujería), sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto y estado de ánimo hipotímico. Con noción de enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo deficientes y poco funcionales percibidas por la paciente como conflictivas, con apoyo instrumental y emocional precario. La paciente recibe apoyo instrumental intermitente de padres y pareja.

Personalidad previa

Jennifer se define como: “muy impulsiva, ordenada, limpia, perfeccionista, fuerte, consciente de las cosas, depresiva, la mamá de los pollitos, siempre pongo las necesidades de los otros antes que las mías, alguien con baja autoestima” (sic pac).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

Entrevista conductual

Entrevista diagnóstica revisada para el trastorno límite (Gunderson y Zanarini, 1992 en Millon, 1998)

Observación clínica

Registro de actividades

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Cuestionario de creencias de personalidad (PBQ)

Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalarias (HADS)

Check list de criterios de DSM – III (Beck, Freeman y Davis, 2004)

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

- Problemas de pareja (Violencia económica, física y psicológica)
- Problemas familiares (Discusiones con madre y hermano)
- Consumo de sustancias (crack, alcohol, benzodiazepinas)
- Falta de adherencia al medicamento tanto médico reumatológico como psiquiátrico (Automedicación y venta de medicamentos).
- Depresión (evidenciada a través de disminución de actividades por ejemplo: trabajar, caminar, dormir, e ideación suicida con pensamientos rumiativos como: “si no fuera por mi sobrino y mi padre ya no estaría aquí”. cogniciones de minusvalía: “no sirvo soy una inútil, soy una carga para mis padres, yo siempre me imagine viviendo libre y sola”
- Ansiedad evidenciada a través de conductas como: insomnio, llanto diario.
- Intentos de suicidio previa.

En la Figura 2 se observa el modelo teórico utilizado para su conceptualización.

Diagrama de conceptualización cognitiva

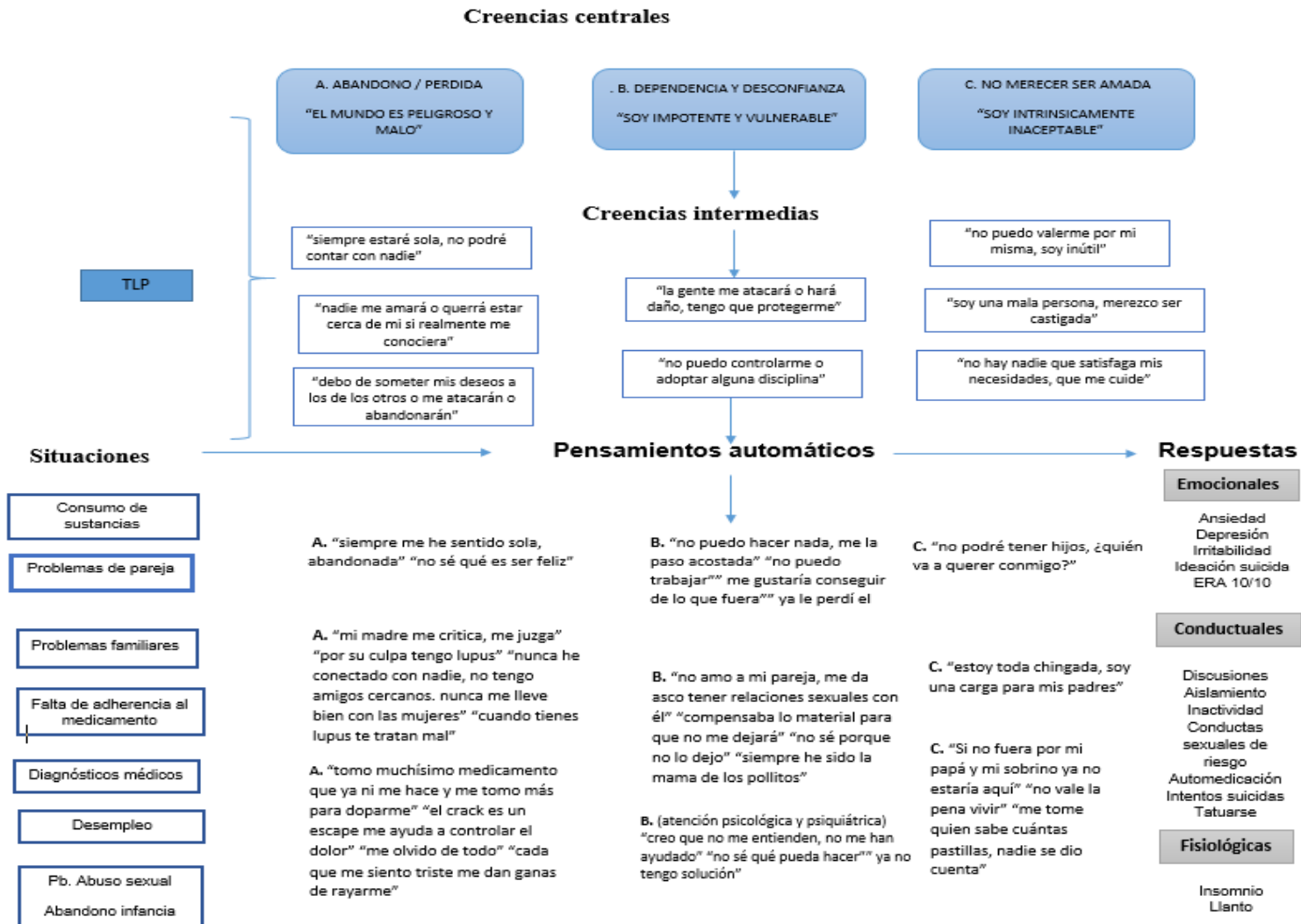


Figura 2. Diagrama de conceptualización cognitiva aplicado al caso de Jennifer. Elaboración propia.

Análisis funcional

Se presenta a consulta externa Jennifer de 36 años de edad, en buenas condiciones de higiene y arreglo personal, mormona, desempleada, soltera, sin hijos, que padece lupus eritematoso sistémico+ fibromialgia+ hipertensión+ hipotiroidismo+ trastorno de ansiedad+ 3 trasplantes de córnea con perforación de retina de ojo izquierdo, es referida por el servicio de psiquiatría el día 26 de septiembre del 2017 por sintomatología depresiva.

En la actualidad Jennifer presenta complejas situaciones en cada área de su vida como consumo de sustancias (crack, marihuana, alcohol), desempleo, problemas de ansiedad y depresión, violencia de pareja, insomnio, discusiones constantes con grupo primario de apoyo, ideación e intentos de suicidio.

Una posible explicación al comportamiento de la paciente recae en la formación de esquemas inadaptados tempranos que fueron activados por acontecimientos significativos desde la niñez, en este caso *la ausencia por parte de los padres y probable abuso sexual de hermano mayor y primo*. Gestándose esquemas cognitivos y creencias centrales disfuncionales durante el desarrollo de la paciente relacionadas principalmente a un estado de *vulnerabilidad, abandono, desconfianza e incompetencia*.

Dichas creencias a lo largo de su desarrollo fueron modulando su comportamiento tanto en el área afectiva laboral e interpersonal influenciadas también por la progresión de múltiples situaciones médicas tanto agudas como crónicas.

Por parte del área afectiva Jennifer presenta un patrón continuo de dependencia hacia sus parejas pese a maltratos de diversos tipos. Se presentan pensamientos automáticos como: *“compensaba lo material para que no me dejará” “no sé porque no lo dejo” “siempre he sido la mama de los pollitos”* (refiriéndose a que siempre coloca las necesidades de los otros antes que las suyas).

Las creencias intermedias que la paciente mantiene ante estas situaciones recaen en: *“siempre estaré sola, no podré contar con nadie”, “debo de someter mis deseos a los de los otros o me atacarán o abandonarán”*, elementos cognitivos que le permitieron en primera instancia el acercamiento al consumo de sustancias para lograr obtener la aprobación de sus parejas, sin embargo, con el tiempo y al presentarse ganancias secundarias como la disminución del dolor ante condición médica, el consumo de las mismas fue en aumento hasta presentarse una adicción.

Otras conductas compensatorias que Jennifer ha desarrollado ante el área afectiva son *el tatuarse, beber alcohol, tener conductas sexuales de riesgo (promiscuidad) además de los intentos de suicidio ante la incapacidad de manejar sus estados emocionales intensos*. Estrategias de impulsividad que a largo plazo han favorecido la afirmación de ser alguien poco valioso, desencadenando respuestas de sintomatología depresiva (aislamiento, llanto e inactividad).

En el área laboral pese a tener las habilidades cognitivas suficientes y esperadas durante todos sus estudios, Jennifer actualmente se define como incapaz para mantener un trabajo congruente con la escolaridad recibida *“no puedo trabajar” “ me gustaría conseguir de lo que fuera” “ ya le perdí el sentido a todo” “soy una inútil“*, dichos pensamientos automáticos se asumen como verdaderos ante la exacerbación del dolor de la paciente por sus pluripatologías, por lo que las creencias nucleares de incompetencia son mantenidas, así como un sentimiento de ansiedad y depresión por no ser independiente económicamente (*“ser una carga para sus padres”*) y por la necesidad de tener ingreso para consumir crack.

Jennifer actualmente no cuenta con metas laborales claras, ni proactividad ante la situación del desempleo, más bien se presentan cambios emocionales frecuentes (derivados de discusiones con la pareja) y poca consistencia en los intentos de solución realizados por lo que acciones como buscar trabajo, no han sido exitosas. La creencia intermedia que asume el respecto es: *“no puedo controlarme o adoptar alguna disciplina”* justificando dicha

intermitencia por las consultas médicas llevadas (de dos a cuatro consultas por mes) y culpabilizando a su madre por la condición de salud actual, aumentando las discusiones con ella.

Por parte de la situación familiar, la mala relación con la madre y hermano está directamente relacionada a las creencias nucleares del mundo y de los otros como amenazas, *“la gente me atacará o hará daño, tengo que protegerme”* *“no hay nadie que satisfaga mis necesidades, que me cuide”*. Tales interpretaciones han dificultado las relaciones sociales de Jennifer, los pensamientos automáticos que ella ha establecido son: *“mi madre me critica, me juzga”* *“nunca he conectado con nadie, no tengo amigos cercanos... nunca me lleve bien con las mujeres”* por lo que las redes de apoyo y la vinculación afectiva, es decir situaciones que favorezcan la intimidad y apertura siempre han sido precarias y distantes, lo que favorece el mantenimiento y exacerbación de la sintomatología depresiva en la paciente.

Finalmente, las condiciones de *enfermedad y desempleo* tienden a respaldar la creencia de *vulnerabilidad e incompetencia* originando que se perpetúe la dependencia a su pareja actual pese a los continuos actos de agresión de ambas partes y que como estrategia compensatoria se recurra a la automedicación y consumo de estupefacientes como *“un escape a todo”*.

Con base en lo anterior puede decirse que la problemática de Jennifer se caracteriza por pensamiento dicotómico y absolutista, dificultad en la definición de metas, dificultad en la regulación emocional, pobre autoconcepto y poca red de apoyo. En ese sentido se observa en la paciente un conjunto de estrategias desadaptativas tanto cognitivas como conductuales que han dificultado y empeorado el estado de salud ocasionando un deterioro funcional significativo que parece ser compatible con características de un trastorno de personalidad límite. Ante ello la intervención planea centrarse en cambiar los supuestos y creencias inadaptadas, mejorar la regulación emocional, y definir y establecer metas a corto plazo con base en la terapia cognitiva de Beck.

Hipótesis Funcional

Si se aplican ejercicios de la terapia cognitiva de Beck como identificación de pensamientos automáticos, debate socrático, análisis de costes y beneficios de mantener creencias, planificación de actividades y psicoeducación relacionada al trastorno límite de la personalidad, consumo de sustancias y violencia de pareja se espera que se generen respuestas más adaptativas ante la condición actual de salud, lo que disminuirá el estado de ánimo depresivo y ansioso, la conducta de consumo y con ello la probabilidad de la conducta suicida.

Diagnóstico DSM IV-TR

Eje I: F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, crónico, sin síntomas psicóticos [296.23]+ F19.2x Dependencia de varias sustancias, con dependencia fisiológica [304.80]

Eje II: F60.2 Trastorno límite de la personalidad [301.7]

Eje III: Lupus eritematoso sistémico+ fibromialgia+ hipertensión+ hipotiroidismo + trastorno de ansiedad+ 3 trasplantes de córnea con perforación de retina de ojo izquierdo.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: 50-41

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- ✓ 1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- ✓ 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- ✓ 3. pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- ✓ 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
- ✓ 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- ✓ 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
- ✓ 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

- ✓ 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- ✓ 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para dependencia de varias sustancias.

Este diagnóstico se reserva para aquellos casos en los que durante un período de tiempo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo tres grupos de sustancias (la cafeína y la nicotina no se incluyen) sin que predomine una sustancia sobre otra. Además, durante este período de tiempo, los criterios diagnósticos se cumplen para la dependencia de sustancias como grupo, pero no de una sustancia específica.

Criterios para el TLP

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- ✓ 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- ✓ 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- ✓ 4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- ✓ 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- ✓ 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- ✓ 7. Sentimientos crónicos de vacío.
- ✓ 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- ✓ 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Diagnóstico DSM V

296.23 [F32.2] Trastorno de depresión mayor, grave + 304.10 [F13.20] Trastornos relacionados al consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, moderado + 301.83 [F60.3] Trastorno de personalidad límite+ Lupus eritematoso sistémico+ fibromialgia+ hipertensión+ hipotiroidismo + trastorno de

ansiedad+ 3 trasplantes de córnea con perforación de retina de ojo izquierdo. WHODAS (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador): 30.

Objetivo General:

Modificar las estrategias disfuncionales tanto cognitivas (esquemas desadaptativos) como conductuales (comportamientos impulsivos) que la paciente ha desarrollado ante su malestar.

Objetivos Específicos:

- Que la paciente identifique la relación de sus pensamientos y comportamientos con la sintomatología depresiva que presenta
- Que la paciente identifique una posible hipótesis de origen y mantenimiento de su comportamiento
- Que la paciente priorice objetivos de la intervención
- Que la paciente identifique información confiable y específica sobre el TLP.
- Que la paciente desarrolle conductas alternativas de los comportamientos violentos y autodestructivos
- Que la paciente tenga acceso a información válida y confiable sobre instituciones que atiendan problemas de consumo de sustancias
- Que la paciente desarrolle estrategias de autocontrol ante exacerbación de malestar emocional

Selección de técnicas:

Contrato terapéutico

Terapia cognitiva

- Identificación de pensamientos
- Análisis de costes beneficios de mantener una creencia
- Debate socrático
- Planificación de actividades

Psicoeducación

- Trastorno Límite de la Personalidad
Orientación
- Modelo transteórico de cambio Prochaska y DiClemente
- Ciclo de violencia de pareja de Walker

Intervención:

A continuación, se describe el trabajo realizado durante las diez sesiones con Jennifer.

Por parte de la intervención se pueden identificar tres segmentos, el primero (sesión 1 a 5) se caracteriza por enfatizar la evaluación de la paciente, en la cual se utiliza tanto la observación clínica, el uso de los instrumentos señalados así como la entrevista conductual, ampliando y profundizando cada área problema. En el segundo (sesión 6 a la 9) la terapia cognitiva junto con la psicoeducación cobra relevancia debido a la necesidad informativa sobre la psicopatología junto con la presencia del malestar por pensamientos desadaptativos. Finalmente, en la sesión diez se presenta una intervención crisis, muy frecuente en este tipo de pacientes, en la Tabla 2 puede observarse la descripción de cada sesión.

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer*

# Sesión	Técnica	Descripción de sesiones	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 1 26/09/17	Entrevista Conductual	Se inicia entrevista conductual con la paciente, refiere:	Por parte de la falta de adherencia a la atención psicológica comenta: <i>“deje de ir por mis dolores, porque no tenía dinero y por qué mis psicólogos y psiquiatras decían que les daba flojera mi caso, que tanto tiempo y yo quería seguir igual, si se supone que están para ayudar no es ético que te digan eso y pensaba pues ¿para qué? ¿esos comentarios de que me servirían?” (sic pac).</i>
Consulta externa	Contrato terapéutico Aplicación HADS	<p><i>“ya le perdí sentido a todo, me mandaron por mis intentos de suicidio, el fin de semana pasado estuve pensando en ya terminar con mi vida por una discusión con mi pareja” (sic pac).</i></p> <p>-Se identifican los fracasos de los intentos anteriores de atención psicológica y se refuerza el acudir a terapia nuevamente</p> <p>-Se identifican expectativas de la terapia</p> <p>-Se identifican factores de protección para la conducta suicida (sobrino)</p> <p>-Se establece un contrato terapéutico (verbal) con la paciente de cuatro sesiones</p> <p>-Se identifica el medicamento psiquiátrico prescrito</p> <p>-Se aplicó la escala de depresión y ansiedad hospitalarias (HADS).</p>	<p>Ante el acuerdo de esperar observar el resultado de la terapia luego de cuatro ocasiones Jennifer reporta: <i>“Si lo puedo intentar... no tengo muchas opciones, quiero volver a ser la que antes era...es en el momento indicado, dios siempre me pone ángeles en el camino, está súper bien que sea gratis, ya no tengo ni para un chicle, siempre para venir a mis consultas le tengo que pedir a mis padres” (sic pac).</i></p> <p>Referente a la identificación de factores protectores ante la conducta suicida, señala: <i>“por mi sobrino daría todo, tiene una discapacidad y sé que me necesita es el único de mi familia que vale la pena” (sic pac).</i></p> <p>Es poco adherente al medicamento psiquiátrico comenta: <i>“me recetaron Epival y Sertralina pero no me los tomo como me dicen, me siento peor”</i></p> <p>Resultados HADS Ansiedad 20 (alto) / Depresión 19 (alto)</p>

Continúa...

Tabla 1

Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 2 29/09/17	Entrevista Conductual	Se continua con la entrevista conductual.	Se logra la asistencia de la paciente a la segunda sesión para continuar la entrevista
Consulta externa	Terapia cognitiva	Ante múltiples problemáticas de la paciente se decide enfocar la entrevista en áreas específicas de: Patrón de consumo y violencia de pareja.	Con respecto a sus parejas comenta: <i>“es como si todas tuvieran el mismo patrón, me los consigo con hijos, con algún vicio, tal vez es porque no me siento bonita, antes disfrutaba de mi sexualidad, pero ahora por el dolor ya no aguanto nada, desde hace como seis meses que nada de nada con Sinoel...” (sic pac).</i>
	Orientación	Se orienta sobre ciclo de violencia en la pareja descrito por Walker y se explican sus fases a la paciente (tensión, agresión y luna de miel). Se realiza debate socrático referente a la pareja actual con preguntas como: <i>¿Cómo te imaginas que sería tu vida si sigues con él a cinco años? ¿Por qué crees que pese a lo que te hizo sigues con él?</i>	Referente al abuso sexual por parte de su pareja comenta: <i>“no sé... (silencio/ llanto) si, en eso también me lastimo, al principio lo deje pasar, no andábamos, hoy lo recuerdo y me lleno de coraje de asco, le reprocho el ¿por qué me lo hizo?... ni él va a cambiar ni yo, no sé por qué no lo dejo, tal vez por soledad, porque me hace compañía, por la droga, la costumbre y por cuidar de su papá, me encariñe mucho con el señor, ya es grande” (sic pac)</i>
		Se realiza una línea del tiempo para identificar la cantidad, días, lugares y estado emocional de consumir crack, marihuana, cocaína e intentos de suicidio.	En el tema del ciclo de violencia menciona: <i>“lo termino perdonando, sé que no soy la víctima porque también le he pegado, pero drogado se vuelve muy violento contra mí, he buscado en grupos y cumple con las características de un psicópata”</i>
		Se asigna traer a consulta un cuaderno para ejercicios de terapia y se asigna el monitorear cuánto dinero se gasta mensualmente en droga. Se aplica el Inventario para la Depresión de Beck	Jennifer asocia el consumo de sustancias a los fines de semana como su única distracción y como alivio del dolor: <i>“aumenta cuando llega el viernes, pero creo que más el sábado, voy a casa de Sinoel a realizarle limpieza, me deja 200 o 300 pesos que son como dos o tres piedritas, la compro y me pongo a fumar con él o sola”.</i>

Continúa...

Tabla 1

Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
		<p><i>Nota: en la primera sesión el motivo de consulta era lograr dejar a su pareja, en esta sesión el motivo de consulta cambia a “querer cambiar ser la misma de antes” aquí ya había regresado con él.</i></p>	<p>Jennifer logra identificar que al aumento de su consumo aumenta a largo plazo su dolor y las repercusiones físicas que le ha originado, comenta: <i>“he subido de peso, mis dientes se han hecho horribles, no sé si por eso esté rechazando mi trasplante, el dolor viene más fuerte después y me siento muy mal cuando le pido dinero a mis padres para X cosas pero me lo gasto en crack... como dices en el momento es un escape al dolor pero a largo plazo me siento peor” (sic pac).</i></p> <p>BDI→42 (grave)</p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 3 03/10/2017	Entrevista conductual	Se refuerza el asistir a terapia pese a mala condición de salud ERA de dolor de 7/10.	Con relación al tema de ciclo de violencia comenta:
Consulta Externa	Terapia cognitiva	Se retoma el tema del ciclo de violencia y se pide que ejemplifique cada fase del mismo con episodios que ha tenido. Se asigna realizar un diagrama del ciclo en el cuaderno.	<i>“La fase de tensión es cuando no hago las labores domésticas o no me da dinero para regresarme a mi casa, la de agresión cuando no tenemos para comprar (droga y alcohol) y vende mis cosas o vendemos algo para comprarnos o cuando sospecha que lo engaño y nos golpeamos, y la de luna de miel cuando termina comprándose ropa, dándome dinero o es cuando salimos a donde le digo, comer tacos o a la calle del hambre y si como dices es un ciclo” (sic pac.)</i>
	Orientación	Se continúa con la entrevista conductual. Ante múltiples problemáticas de la paciente, en esta sesión se decide enfocar la entrevista en áreas específicas de: -Ideas de tipo mágico religiosas -Actividad laboral previa -Parámetros de la conducta depresiva Se psicoeduca sobre sintomatología depresiva y la influencia de los pensamientos en la conducta.	Durante la entrevista se identifica que Jennifer presenta un conjunto de ideas de tipo mágico-religiosas relacionadas con la religión yoruba, comenta: <i>“cuando me tatué con Mario (pareja significativa) nunca pensé lo que era, muchos años después descubrí que lo que tengo es la imagen de una diosa, la diosa de la fertilidad, cuando lo supe me dijeron que lo que me habían hecho era como una ofrenda para librarse de algo a cambio de mi dolor, por eso no puedo tener hijos, ni he podido ser feliz”. Por otro lado, agrega: “no sé a qué se deba que siempre sueño con dos cobras que me abrazan y no me dejan mover, y que al mismo tiempo se me quedan viendo, siempre sueño lo mismo desde hace un año y me despierto agitada” (sic pac).</i>

Continúa...

Tabla 1

Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
		Se asigna realizar un registro sobre las actividades diarias de la paciente.	<p>Refiere soñar eso como dos veces por semana desde hace un año.</p> <p>Al tema del área laboral reporta: <i>“mis jefes también se drogaban, al inicio cuando empecé a trabajar si me iba mucho de fiesta, me acusaron de acostarme con dos de ellos, hubo un tiempo que ganaba bien, vestía bien ayudaba a redactar noticias para El Universal, ahora todo eso ya terminó, no me aceptan de nada, como es posible si soy una mujer preparada, eso no sabes cómo me deprime”</i> (sic pac).</p> <p><i>Por parte de la conducta depresiva se comenta: “en mi día no hago mucho, me levanto a veces me baño, como muy poco hago limpieza y me encierro en mi cuarto todo el día con mi celular o a ver películas, el fin de semana es cuando veo a Sinoel, no tengo ninguna amiga, no tengo dinero para salir, me duele todo mi cuerpo, siempre tengo que estar en hospitales...muchos de mis problemas son por parte de él, me culpabiliza de su adicción a veces quisiera irme a otro lugar donde nadie me conozca”</i> (sic pac).</p> <p><i>“si tengo muchos pensamientos, todos fregados”</i>(sic pac).</p>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 4 6 /10/2017	Entrevista conductual	Se revisa el registro de actividades. Se revisa la tarea asignada de monitorear cuánto dinero se ha gastado en aproximadamente un mes en estupefacientes. Se debate la idea de “no tener ni un peso”.	Ante la tarea del registro se observa interés por parte de la paciente, sin embargo, por falta de claridad de la terapeuta en la instrucción realizada, la paciente realiza su registro en forma de prosa y solo de Lunes a Viernes, perdiéndose información relevante del fin de semana. Respecto la cantidad monetaria destinada a su consumo, menciona: <i>“todavía creo que no es el mes, pero he gastado aproximadamente 1500... con ese dinero podría comprar algo para vender y surtirme, he pensado en un puesto de chapatas y baguettes en el condominio donde vivo, lo malo es que no lo tengo todo junto, o tejer bufandas de las que solo son como donas, eso me gustaría mucho, pero cuando tengo el dinero se me hace muy difícil no gastármelo en el crack o en cualquier cosa, lo primero que quiero es no estar en mi casa, salir y distraerme” (sic pac).</i> Al plantear las posibles barreras de ahorrar se identifica como opción el darle el dinero a madre para no gastárselo: <i>“se lo puedo dar a ella y decirle que no me lo de hasta llegar a una cantidad en la que pueda comprar todo lo que necesite para vender como unos 2000 aproximadamente”</i> “Por parte del tema de venta de medicamento refiere: <i>cuando no tengo nada de dinero ahí es cuando vendo mi medicamento, ya tengo a mis clientes, me quedo de ver con ellos en el SXXI y se los doy como en 400 o 600 pesos son personas que también tienen lupus.”</i>
Consulta externa	Terapia cognitiva Orientación	Se retoma la psicoeducación sobre sintomatología depresiva y se realiza planificación de actividades, se acuerda la meta de disminuir el consumo de crack de 300 pesos el fin de semana a 200, se establece el tratar de ahorrar de 20 pesos cada 3 días y salir a caminar 30 minutos diarios a un parque cercano. Se continua con la entrevista conductual sobre el tema: Conductas impulsivas (golpear a pareja, discutir con madre, vender medicamento). Se aplica el PBQ	

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 5 10/10/2017	Terapia cognitiva	Se monitorean las actividades planificadas la sesión pasada.	Comenta: <i>“Sali esa semana con mi perro, fui a caminar a la orilla de un lago como media hora dos días, los demás no pude por el dolor, pase a preguntar a la casa de cultura que estaba por ahí si había dibujo o algo así, pero estaban remodelando... este fin de semana traté solo de fumar una piedra... a mi mamá le he dado solo 35 pesos”</i>
Consulta Externa	Entrevista conductual Psicoeducación	Respecto a la amplia información en múltiples áreas de funcionamiento se realiza una jerarquización de problemas para la paciente. -Referente al tema del consumo se realiza psicoeducación sobre el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente, se define las características de cada etapa y se explica en cual se encuentra. -Se monitorea y orienta sobre la importancia de adherencia a medicamento psiquiátrico y de comentar las molestias en la consulta de psiquiatría. -Se aplica Entrevista diagnóstica revisada para el trastorno límite (Gunderson y Zanarini, 1992). -Se aplica Check list de criterios de DSM – III del libro de Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad de Beck.	<i>La paciente al referir la jerarquía de prioridades en su intervención reporta: “En primera quisiera conseguir trabajo, después dejar de consumir y dejar a Sinoel (sic pac)”</i> Con relación al modelo de las etapas de cambio se observa poco interesada y comenta: <i>“si estoy en esa, también he tenido recaídas... antes podía durar hasta dos años sin consumir nada ahora eso no pasa” (sic pac).</i> Resultados entrevista: cumple con 23 de los 24 enunciados de la entrevista diagnóstica del TLP. Cumple con 6 de 6 criterios básicos del DSM III para el TLP.

Continúa...

Tabla 1

Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 6 17/10/2017	Terapia cognitiva	En esta sesión se identifican pensamientos de tipo dicotómico referentes a condición de salud y conseguir trabajo, la paciente comenta: <i>“estoy toda chingada, no puedo estar mucho tiempo de pie, no me contratará nadie por faltar tanto... irme de obrera y rolar turnos sería horrible, no sé de qué más me puedan contratar, ya estoy de verdad muy desesperada”</i>	Ante pensamientos de inutilidad en el área laboral comenta: <i>“mi escolaridad no la tiene cualquiera, se hacer reportes, tengo buena ortografía, preparo buenos cafés, soy muy ordenada, se hacer varios tipos de reclutamiento y creo que ya”</i> .
Consulta Externa	Psicoeducación	Se debate la idea de inutilidad de la paciente: <i>Ya me comentaste todo lo que no puedes hacer, ahora vamos a escribir en el cuaderno 10 cosas las cuales son útiles en cualquier trabajo y con las que cuentas”</i> . Se sugiere la opción de tener un autoempleo temporal en lo que disminuyen las consultas médicas, se provee infografías sobre autoempleo. -Se psicoeduca en los trece puntos de salud psicológica de acuerdo con Albert Ellis. -Se pregunta sobre que sabe del TLP	Sobre los trece puntos de salud psicológica comenta: <i>No tengo ninguno, no me intereso por mí, pienso lo mismo muchas veces, no me acepto, me aisló, me he descuidado en todos los aspectos” (sic pac)</i> <i>Con respecto a la inactividad comenta: “No he hecho mucho, me he sentido fatal, he tenido muchísimo dolor de cabeza y nauseas, la situación en mi casa está peor mis padres ya no me quieren dar dinero para venir al hospital, me reclama mi mamá de todo lo que le debo”</i> Al plantearle que información conoce respecto al TLP comenta: <i>“si, ya lo he escuchado una amiga del trabajo es TLP ella fue la primera que me contó que era, se cortaba y creo que quería conmigo, iba al psicólogo y todo el tiempo quería matarse, ya después la deje de ver, pero desde ahí me metí a los grupos de Facebook sobre el TLP y me identificaba con muchas cosas, en esos grupos ves de todo como se suicidan, se cortan, a veces hasta es peor enterarte de lo que hacen los demás, pero me hace falta saber exactamente de otras fuentes que es ” (sic pac).</i>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 7 20/10/2017	Terapia cognitiva	<i>La paciente refiere que el fin de semana salió con un amigo con el cual tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero: “terminando le dije préstame 100 pesos, y me compré una piedra necesitaba conseguir... ya me da pánico que llegue el fin de semana me presiono mucho, en esa ocasión me deje llevar (sic pac)”</i>	Al debatir la experiencia del encuentro sexual comenta: <i>“terminando me sentí triste, vacía, sin valor, pensé hasta qué punto he llegado, tengo que cambiar, el solo se vistió y se fue me los dejó ahí en el tocador, me puse a pensar ahora si vi mis pensamientos dije: ¿realmente valgo 100 pesos?, y sin dejar de lado todas las enfermedades otras más que puedo encontrar (sic pac).”</i>
Consulta Externa	Psicoeducación	<p>-Se debaten pensamientos relacionados a conductas sexuales de riesgo</p> <p>Se realiza debate socrático y se confronta a la paciente: <i>¿Cómo te sentiste al tener sexo por dinero? ¿Cuáles son los riesgos a los que te enfrentas por este pensamiento de “me deje llevar”?</i></p> <p>- Se realiza una devolución más amplia de todo lo recapitulado en las entrevistas y primeras sesiones. Se resalta al consumo de sustancias y la relación de pareja como dos situaciones prioritarias de atención que escapan al tipo de atención dirigidas en el servicio, así mismo se comenta con qué criterios se es compatible y la explicación a mucho de su comportamiento mencionándole el diagnóstico del trastorno.</p>	<p>Con la devolución la paciente refiere:</p> <p><i>“Si de alguna manera eso es lo que tengo, siempre me he sentido ajena a los demás, yo misma sabía que no era normal como actuaba y aunque sospechaba por la amiga que te comente, nunca me había evaluado formalmente un especialista, solo me colocaban depresión e intentos de suicidio, ya con esto tengo el nombre” (sic pac).</i></p> <p><i>“En mi caso creo que, si influyó mucho el que toda mi niñez me sentí sola, no recuerdo alguna navidad feliz o con regalos, mi mamá en esa época se la pasaba internada ...Me gustaría tener información más veraz en cuanto al TLP y que puedo hacer para controlarme” (sic pac).</i></p>

Continúa...

Tabla 1

Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 8 30/10/17	Terapia cognitiva Psicoeducación	-Se continua con la psicoeducación del TLP y su relación con la depresión. Se asigna de tarea ver un documental y proveen infografías sobre el mismo. (Ver link ps://www.youtube.com/watch?v=_34Yd150dk) -Se retoma la devolución de facie sobre conducta de consumir crack y se le orienta en instituciones de salud donde hay este tipo de atención, se brinda folletos tanto de la clínica del TLP como de adicciones del INPRF y se le explica el proceso y costo de la atención. -Se realiza debate respecto a la noticia que se enteren sus padres. <i>¿Qué sería lo mejor si se enterarán? ¿Qué sería lo mejor?</i> <i>Se asigna la tarea de marcar y pedir direcciones para agendar cita.</i>	Ante la psicoeducación señala: <i>“lo de ser impulsiva lo he hecho siempre, dependiente también, me irrito por todo, todo el tiempo, yo me consideraba también bipolar, pero veo que esto lo explica mejor, en mi consulta pasada solo un doctor alguna vez me pregunto si tenía un trastorno y pensé: ¿Qué se me notará mucho? Fue el de oftalmología, le llamo la atención mi manera de hablar, mi cabello rojo y mis tatuajes (sic pac)”</i> Ante el vínculo con otras instituciones de salud comenta: <i>“Si quiero atenderme, de hecho, he considerado internarme, salir de mi ambiente de todo, necesito un viaje, un espacio lejos de los reclamos de todos los días, pero no lo puedo hacer no quiero que mis padres se enteren, por eso ningún médico sabe de mis adicciones... pero yo voy a donde tú me digas, si es hasta Tlalpan pues hasta allá” (sic pac).</i> Comenta: <i>“llamaré ojalá sea rápido” (sic pac).</i>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 9 21/11/17 Consulta Externa	Terapia cognitiva Psicoeducación	-Se monitorea atención psiquiátrica y la tarea de videos e infografías, se refuerza a la paciente por realizar la tarea imprimir las infografías y hacer anotaciones. -Al monitorear atención en casa comenta: <i>“Las cosas están de mal en peor, no tenemos ni para comer, mi papá ya no sabe a quién pedirle prestado, yo sigo sin conseguir dinero ni trabajo, Sinoel me culpa de su adicción, toda la semana solo me bañaba y me quedaba acostada, ya no se de verdad que hacer, ya vendió mi celular el fin pasado para comprar 500 pesos de crack cuando mi celular costaba 6000, a mi padre le dije que me asaltaron ahora ya no tengo en que distraerme y vienen de nuevo los pensamientos de suicidio, además y por si fuera poco tengo mucho dolor en el ojo, salgo a la calle y me caigo ni para eso sirvo, la gente ni ayuda solo se te queda mirando como idiota (sic pac)”</i> .	La paciente al realizar la tarea asignada comenta: <i>“si lo vi, vi que muchas personas son inestables que llevan aparentemente una vida normal pero no se adaptan a sus trabajos y terminan por dejarlos, no sabemos controlar nuestras emociones, me gustó me siento más cercana a lo que me pasa, me lo dices de una forma no para cerrarme sino al contrario”</i> . Al tema del medicamento comenta: <i>“sigo sin tomarme lo que me dio el psiquiatra de aquí de verdad me siento muy mal” (sic pac)</i> . Refiere una nueva atención psiquiátrica con Dr de zona, comenta <i>“me cayó muy bien, es el que me ha escuchado más y me dio esto (resumen médico) también me coloco un probable TLP y me ajusto el medicamento, a él tampoco le comenté de mis adicciones” (sic pac)</i> . Referente a la atención en el INPRF reporta: <i>“no llamé, Sinoel vendió mi celular, por su culpa estoy así, solo sigo con él por el maldito dinero, ya me siento harta de todo y todos” (sic pac.)</i>

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 9 21/11/2017 Consulta Externa		Ante las dificultades presentadas se orienta a un plan de acción por conductas de impulsividad para evitar intentos de suicidio.	<i>Ante el plan de emergencia comenta: “si lo intentaré, es cuando todo me sobrelleva” (sic pac).</i>
	Terapia cognitiva	Se comenta que, al sentir esa sensación de malestar, evite estar sola, salga de su cuarto y comience a respirar de una manera más profunda y utilizando la verbalización de “sé que puede mejorar”, acudir a áreas comunes de la casa y tener alejados los medicamentos que antes ha utilizado como intentos de suicidio de ser posibles que la madre o padre los resguarden.	
	Psicoeducación		

Continúa...

Tabla 1*Descripción de sesiones llevadas a cabo con la paciente Jennifer (continuación)*

Sesión	Técnica	Descripción	Verbalizaciones de la paciente
Sesión 10 09/12/2017	Intervención en crisis	Ante periodo de vacaciones por parte de la terapeuta y aproximadamente un periodo de 2 semanas de no tener cita, Jennifer se comunica vía WhatsApp el día 9 de diciembre refiriendo: “en estos momentos me siento terrible, mañana estaré en una maquila de noche que dura 12 hrs, no me siento nada bien, paro de llorar, siento que me desvanezco” Se interrogan los estímulos desencadenantes del estado de llanto y tristeza: “Synoel y yo nos leamos muy fuerte que por que le debo cosas, e el merece a alguien bien, que no me porta lo triste que está, que qué pena que tenga que trabajar de obrera con un sueldo de mierda, cuando él va a poder comprarse lo que quería” (sic pac). Se orienta en que deje de contestar mensajes de la pareja y comience el análisis comentado la última sesión. Se comenta el establecimiento de límites y que es una buena oportunidad para establecerlos. Se normaliza la respuesta emocional de tristeza y se envían una serie de autoverbalizaciones relacionadas al tema. Se sugiere escribir todo lo que siente en ese momento en su cuaderno.	Comenta: “llorar y desahogarme cribiendo me aliviará un poco, por momento no tengo ganas de nada, eso que apagare el celular para que me entren llamadas ni mensajes, muchas gracias doctora” (sic pac).

Nota: Elaboración propia

Resultados

Debido a que gran parte del presente caso estuvo dirigida a la evaluación y confirmación del diagnóstico del trastorno de personalidad, en la Tabla 3 se pueden observar las puntuaciones de los instrumentos aplicados que lo sustenta.

Tabla 3

Resultados de los instrumentos utilizados en la evaluación de la paciente Jennifer.

Instrumento	DSM III check list	HADS	BDI	Entrevista Dx para TLP
Puntuación	6 de 6 criterios	19 (alto) depresión 20 (alto) ansiedad	42 (grave)	23 de 24 items

Nota: Elaboración propia

En cuanto al perfil cognitivo obtenido del PBQ (Figura 1) se pueden observar que todas las sub escalas se presentan por arriba de la norma, incluso de las personas con ya un diagnóstico establecido. Dentro de los rasgos predominantes en Jennifer se identifican: *el antisocial, paranoide, esquizoide y border.*



Figura 1. Perfil del Personality Belief Questionnaire (PBQ) para Jennifer.

Los puntajes altos en *antisocial, paranoide y esquizoide* indican que la paciente presenta una concepción de sí misma como alguien inocente, justa, vulnerable, solitaria y autónoma que percibe a los demás como obstáculos y amenazas, por ende, sus habilidades

hiperdesarrolladas pueden llegar a consistir en: la vigilancia, la desconfianza, la combatibilidad y el aislamiento. Por parte de las competencias infradesarrolladas se puede presentar: poca intimidad, serenidad, confianza, aceptación, así como pobre empatía, reciprocidad y sensibilidad social.

En cuanto a la escala de personalidad *border*, nos indica que la percepción de sí misma gira en torno a no contar con apoyo emocional, no sentirse capaz ni fuerte para realizar las cosas, asumirse como estar fuera de control, alguien defectuoso e imposible de amar, por consiguiente, estos rasgos llegan a interpretar a los demás tanto como personas idealizadas dignas de amor, capacitados y perfectos pero al mismo tiempo les pueden llegar a percibir como controladores, traidores, que abandonan y que rechazan. Donde las estrategias empleadas ante tales esquemas son: subyugar las propias necesidades para mantener la relación, protestar teatralmente, amenazar y ser violento con aquellos que den signos de un posible rechazo y aliviarse a través de la autolesión y la conducta autodestructiva. Lo anterior coincide con gran parte de las verbalizaciones de la paciente durante todo su tratamiento psicológico.

Por ser un caso inconcluso debido al abandono del tratamiento no todos los objetivos planteados hasta el momento fueron abordados, sin embargo, se presentaron cambios tanto a nivel conductual como cognitivo significativos, los cuales se puntualizan a continuación (ver Tabla 3 y 4).

Tabla 3

Avances de los objetivos cognitivos de la intervención de la paciente Jennifer

Objetivo de la sesión	Resultados a nivel cognitivo
<p>Que la paciente identifique la relación de sus pensamientos y comportamientos con la sintomatología depresiva que presenta</p>	<p>Se identifica que la paciente a lo largo de la evaluación y ante preguntas de debate socrático comienza a desarrollar relaciones causales entre su comportamiento y sus emociones.</p> <p>“tengo pensamientos todos fregados”.</p> <p><i>“es como si todas tuvieran el mismo patrón, me los consigo con hijos, con algún vicio, tal vez es porque no me siento bonita...” (sic pac).</i></p> <p><i>“no sé por qué no lo dejo, tal vez por soledad, porque me hace compañía, por la droga, la costumbre y por cuidar de su papá” (sic pac).</i></p> <p>Así mismo se conocen y cuestionan los signos de la salud psicológica propuestos por Ellis. Sobre el tema comenta: <i>No tengo ninguno, no me intereso por mí, pienso lo mismo muchas veces, no me acepto, me aislé, me he descuidado en todos los aspectos” (sic pac)</i></p> <p><i>En sesiones más avanzadas se identifica el comenzar a cuestionar ciertos comportamientos que aumentan malestar: “...me sentí triste, vacía, sin valor, pensé ¿hasta qué punto he llegado?, tengo que cambiar, el solo se vistió y se fue me los dejó ahí en el tocador, me puse a pensar ahora si vi mis pensamientos y dije: ¿realmente valgo 100 pesos? (sic pac).</i></p>
<p>Que la paciente identifique una posible hipótesis de origen y mantenimiento de su comportamiento</p>	<p><i>La paciente logra describir su patrón de consumo de sustancias y de violencia de pareja.</i></p> <p><i>Consumo → “aumenta cuando llega el viernes, pero creo que más el sábado...(sic pac)</i></p> <p><i>(Fase de precontemplación- contemplación modelo transteórico de cambio) “si estoy en esa, también he tenido recaídas... antes podía durar hasta dos años sin consumir nada ahora eso no pasa” (sic pac).</i></p> <p><i>Repercusiones → “he subido de peso, mis dientes se han hecho horribles, no sé si por eso esté rechazando mi trasplante, el dolor viene más fuerte después y me siento muy mal cuando le pido dinero a mis padres para X cosas pero me lo gasto en crack... como dices en el momento es un escape al dolor pero a largo plazo me siento peor” (sic pac).</i></p> <p><i>Violencia de pareja → “La fase de tensión es cuando no hago las labores domésticas o no me da dinero para regresarme a mi casa, la de agresión cuando no tenemos para comprar (droga y alcohol) y vende mis cosas o vendemos algo para comprarnos o cuando sospecha que lo engaño y nos golpeamos, y la de luna de miel cuando termina comprándome ropa, dándome dinero o es cuando salimos a donde le digo, comer tacos o a la calle del hambre y si como dices es un ciclo” (sic pac.)</i></p>

Continúa...

Tabla 3

Avances de los objetivos cognitivos de la intervención de la paciente Jennifer (continuación)

Objetivo de la sesión	Resultados a nivel cognitivo
Que la paciente priorice objetivos de la intervención	<i>“En primera quisiera conseguir trabajo, después dejar de consumir y dejar a Sinoel (sic pac)”</i>
Que la paciente identifique información confiable y específica sobre el TLP.	<i>“Si, de alguna manera eso es lo que tengo, siempre me he sentido ajena a los demás, yo misma sabía que no era normal como actuaba y aunque sospechaba por la amiga que te comente, nunca me había evaluado formalmente un especialista, solo me colocaban depresión e intentos de suicidio, ya con esto tengo el nombre” (sic pac).</i> <i>“lo de ser impulsiva lo he hecho siempre, dependiente también, me irrito por todo, todo el tiempo, yo me consideraba también bipolar, pero veo que esto lo explica mejor, en mi consulta pasada solo un doctor alguna vez me pregunto si tenía un trastorno y pensé: ¿Qué se me notará mucho? (sic pac)”</i> <i>“si lo vi, vi que muchas personas son inestables que llevan aparentemente una vida normal pero no se adaptan a sus trabajos y terminan por dejarlos, no sabemos controlar nuestras emociones, me gustó me siento más cercana a lo que me pasa, me lo dices de una forma no para cerrarme sino al contrario”.</i>

Continúa...

Tabla 4

Avances de los objetivos conductuales de la intervención de la paciente Jennifer

Objetivo de la sesión	Resultados a nivel conductual
- Que la paciente desarrolle conductas alternativas de los comportamientos violentos y autodestructivos	<p>Se logra la asistencia de la paciente a nueve sesiones presenciales.</p> <p>Se identifican competencias laborales actuales de la paciente: <i>“mi escolaridad no la tiene cualquiera, sé hacer reportes, tengo buena ortografía, preparo buenos cafés, soy muy ordenada, sé hacer varios tipos de reclutamiento y creo que ya”</i>. Se identifican acciones alternativas como el autoempleo: <i>“... con ese dinero podría comprar algo para vender y surtirme, he pensado en un puesto de chapatas y baguettes en el condominio donde vivo, lo malo es que no lo tengo todo junto, o tejer bufandas de las que solo son como donas, eso me gustaría mucho, pero cuando tengo el dinero se me hace muy difícil no gastármelo en el crack o en cualquier cosa, lo primero que quiero es no estar en mi casa, salir y distraerme”</i> (sic pac). Se acuerda un programa de ahorro junto con la madre de la paciente: <i>“se lo puedo dar a ella y decirle que no me lo de hasta llegar a una cantidad en la que pueda comprar todo lo que necesite para vender como unos 2000 aproximadamente”</i>. Se comienzan a realizar actividades planeadas, sin embargo, la condición de salud dificulta su mantenimiento. Se disminuye el consumo de sustancias de dos o tres piedras a una: <i>“Salí esa semana con mi perro, fui a caminar a la orilla de un lago como media hora dos días, los demás no pude por el dolor, pase a preguntar a la casa de cultura que estaba por ahí si había dibujo o algo así, pero estaban remodelando... este fin de semana traté solo de fumar una piedra... a mi mamá le he dado solo 35 pesos”</i></p>
- Que la paciente tenga acceso a información válida y confiable sobre instituciones que atiendan problemas de consumo de sustancias	<p><i>Se considera por parte de la paciente la atención especializada para la atención del consumo de sustancias. Se conoce el lugar costo y proceso para la atención en el INPRF. Se obtienen los datos de contacto. “Si quiero atenderme, de hecho, he considerado internarme, salir de mi ambiente de todo, necesito un viaje, un espacio lejos de los reclamos de todos los días, pero no lo puedo hacer no quiero que mis padres se enteren, por eso ningún médico sabe de mis adicciones... pero yo voy a donde tú me digas, si es hasta Tlalpan pues hasta allá”</i> (sic pac).</p> <p><i>Comenta: “llamaré ojalá sea rápido”</i> (sic pac).</p>
- Que la paciente desarrolle estrategias de autocontrol ante exacerbación de malestar emocional	<p>Se aprende un plan ante emergencias y ante presencia de crisis comenta: <i>“si lo intentaré, es cuando todo me sobrelleva”</i> (sic pac). <i>“llorar y desahogarme escribiendo me aliviará un poco, por el momento no tengo ganas de nada, creo que apagaré el celular para que no me entren llamadas ni mensajes, muchas gracias doctora”</i> (sic pac).</p>

Nota: Elaboración propia.

Con relación al objetivo general de la investigación, si bien se permiten apreciar cambios cualitativos en la paciente (referencias verbales), estos no parecen ser concluyentes de una mejoría clínica, debido al corto tiempo para el tipo de problemática presentada y a la ausencia de una evaluación posterior que demostrara cambios.

En ese sentido a continuación se desarrollan las principales conclusiones del tratamiento con la paciente identificando tanto aciertos como áreas de oportunidad y consideraciones para casos similares en el futuro.

Conclusiones

De acuerdo con Nezu y Lombardo (2006) uno de los principales errores que comenten los terapeutas en los juicios clínicos es realizar una evaluación apresurada y “anclarse” solo con uno o pocos síntomas del paciente, lo que impide observar la problemática “total” “o de fondo”, es decir, se tiende a colocar etiquetas inmediatas a síntomas aislados. Los autores denominan a esta problemática juicio de representatividad y anclaje.

En este caso, el beneficio de una formulación de caso más extensa permitió recabar las características completas asociadas al TLP. Por ello, el objetivo principal consistió en ilustrar un tratamiento cognitivo conductual en un paciente con el trastorno límite de la personalidad y con relación al objetivo general del tratamiento se estableció el modificar las estrategias disfuncionales tanto cognitivas (esquemas desadaptativos) como conductuales (comportamientos impulsivos) que la paciente ha desarrollado ante su malestar.

El TLP se trata de un trastorno mental cuyo tratamiento es difícil, y lo es, por un lado, porque los tratamientos farmacológicos no siempre son eficaces, y en el mejor de los casos consiguen disminuir la impulsividad y la inestabilidad emocional asociada; y por el otro, porque los tratamientos psicológicos disponibles tampoco han conseguido resultados satisfactorios, apareciendo frecuentemente una alta tasa de abandono, como fue en esta ocasión (Beck, 1995; Beck, Freeman y Davis, 2004; Caballo, 1998; Millon, 1998).

En ese sentido, pese a un abandono temprano en el tratamiento y múltiples problemáticas complejas de intervenir que demandan intervenciones de larga duración, el presente caso se considera benéfico principalmente en:

- Amplia evaluación (en cuanto a número de sesiones dedicadas a entrevista, instrumentos, observación clínica)
- El uso de instrumentos especializados para la refutación o comprobación del trastorno
- El peso al componente psicoeducativo como herramienta para explicarle y ayudarle a entender a la paciente su funcionamiento y todo lo relacionado con su psicopatología
- Importancia de la alianza terapéutica, la cual se evidencia a través de información que no había sido revelada a otros profesionales de la salud (adicciones) y el número de sesiones obtenidas con un paciente de esta índole (el promedio de abandono de los pacientes límite en terapia es en la cuarta sesión)
- El contacto con instituciones especializadas para los problemas que escapan a la atención del servicio de Medicina Conductual (INPRF)
- La definición de metas y objetivos de intervención
- El uso de medios didácticos para facilitar la psicoeducación (documentales e infografías)
- La asignación de tareas (cuaderno, registros, videos, ahorro)
- Construcción de un plan ante crisis o emergencias (ideación o intentos de suicidio, peleas con pareja)

Por parte de las áreas de oportunidad a considerar en futuras ocasiones se identificaron:

- La poca experiencia por parte de la terapeuta en pacientes con esta problemática
- Una mayor directividad por parte de la terapeuta para optimizar el uso del tiempo dentro de las sesiones
- Es necesaria una mayor estructura en cuanto a la identificación y trabajo de los pensamientos desadaptativos dicotómicos identificados
- Un mayor seguimiento a la puesta en práctica de las actividades asignadas dentro de la planificación

- Claridad en las instrucciones de los registros y/o tareas asignadas
- Evitar las faltas o amplios periodos sin sesiones puesto que aumenta la probabilidad de abandono del tratamiento al menos en etapas iniciales del tratamiento
- Retomar las competencias de la paciente en pro del tratamiento. Por ejemplo, se considera que la paciente era buena candidata para elementos como la biblioterapia tomando en cuenta características culturales como nivel académico y cantidad de tiempo libre
- Dejar de lado el tema del suicidio y de las enfermedades médicas reportadas

Para finalizar, actualmente es controversial el tratamiento con los pacientes con trastorno límite de la personalidad, no existiendo consenso en el tratamiento psicológico “ideal”, en el presente caso fue sumamente problemático el que la paciente cambiara o generara pensamientos alternativos o más funcionales y su mantenimiento, por ello se cuestiona si la utilización del modelo cognitivo fue el idóneo para la atención de esta paciente, sin embargo, cabe preguntarse si la consideración conductual sería la mejor opción debido a las dificultades de las enfermedades medicas de base que retrasan en gran medida su funcionamiento físico, por ello se abre la interrogante de ¿Además del tratamiento cognitivo empleado qué otra alternativa de tratamiento considera el lector que hubiera sido funcional en la paciente? Y ¿Por qué? .

Referencias

- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. New York: Guilford.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A., Nezu, C., M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de Tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Bogotá: Manual Moderno
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson