

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ALMA DELIA ESCOBAR MANCILLA

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DR. RICARDO PLANCARTE SÁNCHEZ
DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANAO SERRANO
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2006



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.

DEDICATORIAS

A Dios:

Por todas las bendiciones que me ha dado siempre.

A mis padres:

Por darme la vida e inculcar en mí los valores, la fuerza y el coraje necesario para salir adelante. A ti mamá por tu dedicación y entrega, por ser esa mujer a quien admiro y respeto. A ti papá por ser un gran ser humano.

Los amo.

A mis hermanos:

Laura, Fabián, Sandi y Liliana por enseñarme a compartir y disfrutar la vida en familia, además de enseñarme a reír en los momentos difíciles, mi vida es mejor con ustedes a mi lado.

Los amo.

A mis Sobrinos:

Axel y Valeria por llenar mi vida de alegría con sus travesuras.

A Fernanda:

Por brindarme la dicha de ser mamá y por ser esa personita que me ha llevado a descubrir un mundo diferente.

Gracias por llegar a mi vida te amo.

A ti mi amor:

Por tu entrega, tu confianza y tu apoyo, por ser mi cómplice en esta gran aventura del matrimonio que me ha hecho tan feliz y por ser el hombre que más admiro.

Te amo.

INDICE

Residencia en Medicina Conductual

I. Reporte de Experiencia Profesional

II. Primer Año

Sede: Hospital de la Mujer

Servicio: Oncología

Necesidades del servicio

Actividades asistenciales

Programa de intervención psicológica

Fase prediagnóstica

Fase diagnóstica

Fase de tratamiento

Fase terminal

Actividades diarias

Actividades realizadas en las guardias

Actividades académicas

Asistencia a reuniones profesionales

Actividades de investigación

III. Segundo Año

Sede: Instituto Nacional de Cancerología

Servicio: Clínica del Dolor y Paliativos

Necesidades del servicio

Actividades asistenciales

Programa de intervención psicológica

Clínica del Dolor

Cuidados Paliativos

Actividades diarias

Actividades académicas

Otras actividades

Asistencia a reuniones profesionales

Actividades de investigación

IV. Competencias profesionales alcanzadas

A nivel de conocimientos

A nivel de experiencia profesional

A nivel actitudinal

A nivel personal

V. Evaluación de la experiencia profesional

De las sedes

De las actividades desarrolladas

Del sistema de supervisión

De la supervisión in situ

De la supervisión académica

De las competencias alcanzadas

Conclusiones

Referencias

Apéndices

Anexos

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Durante los últimos años se ha demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como su interrelación con factores medioambientales. De tal manera, que la forma en que uno vive (estilo de vida), el sobrepeso, el sedentarismo, fumar, consumir alcohol en exceso, y el estrés cotidiano influyen en nuestra salud y que los tratamientos únicamente médicos no reditúan los beneficios necesarios hacia nuestra salud, por lo tanto, es necesario identificar conductas que incrementan el riesgo de enfermedad y favorecer otras para mantener la salud.

Lo anterior se ve reflejado en la concepción que propone la Organización Mundial para la Salud (OMS) al definir a la SALUD como:

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad” (Secretaría de Salud, 2001).

Por tanto, salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental, lo que incluye variables que en el pasado no se habían considerado, dando origen al modelo bio-psico-social de la salud, donde esta última depende de el equilibrio entre los factores biológicos, psicológicos y sociales.

De ahí que hallan surgido una serie de especialidades basadas en este modelo explicativo de salud-enfermedad, como la psicología de la salud, definida como el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el cambio de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con el objetivo primordial de prevenir la ocurrencia de los mismos y la promoción de la salud (Carrobbles, 1993).

Si bien la contribución de la psicología salud en cuanto a la prevención y promoción de la misma cumple una función importante, también es necesario dar rehabilitación cuando la enfermedad ya se encuentra desarrollada, así surge la Medicina Conductual constituida como una

disciplina que integra la psicología conductual y la medicina, haciendo uso del conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad. Teniendo como objetivo primordial la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de la salud (Bakal, D., 1996).

La medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos a través de diferentes estrategias de afrontamiento, que implican básicamente entrenar al paciente a aprender a vivir o estar mejor con su problema y evitar deterioros psicológicos y conductuales, es decir mejorar la calidad de vida del paciente y a su vez coadyuvar al tratamiento médico (Buceta, J; Bueno, A. y Mas, B; 2000).

Lo anterior es de vital importancia para el área de la salud dado que en nuestro país los reportes epidemiológicos revelan que entre las principales causas de muerte se encuentran: padecimientos cardíacos, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, afecciones perinatales, neumonía, enfermedad cerebro-vascular, cirrosis, lesiones y homicidio (Secretaría de Salud 2000), la mayoría de estos padecimientos se encuentran influenciados por variables psicológicas como el estilo de vida y el estrés, por lo que el papel del psicólogo especialista en Medicina Conductual en Instituciones públicas y privadas ha cobrado relevancia para coadyuvar en conjunto con el manejo médico a disminuir la tasa de mortalidad.

Los padecimientos antes mencionados tienen una alta demanda en las instituciones públicas de atención a la salud, por lo que se hace necesario que las intervenciones psicológicas coadyuvantes al tratamiento médico sean breves y oportunas.

Por lo tanto la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Programa de Maestría en Psicología ha incluido la residencia en Medicina Conductual, con el objetivo de prepara recursos humanos que puedan incidir en la prevención o solución de problemas prioritarios en el proceso de salud-enfermedad a través de un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria.

Así en sus objetivos específicos plantea que el alumno sea capaz de:

1. Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
2. Ofrecer alternativas educativas en el cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
3. Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a tratamientos médicos.
4. Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad, y depresión.
5. Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto del paciente como en los miembros de la misma.
6. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001, pp. 18-19).

La residencia se ubica en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención a la salud, a nivel público en convenio con la Secretaría de Salud, debido a la gran demanda de usuarios.

A través de un en un modelo de entrenamiento práctico de supervisión clínica en donde se identifican dos tipos de supervisores: el supervisor in situ, profesionista contratado por la institución hospitalaria y el supervisor académico, profesor universitario quien interactúa con los estudiantes a través de visitas periódicas a los escenarios clínicos y por medio de la discusión de casos.

Teniendo como perfil profesional de egreso que el alumno logre dominar las siguientes competencias:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente

relevantes en el área de salud.

- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo-conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud.
- Refinar su intervención con base en los resultados de evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Seleccionar, manejar, evaluar y aplicar las diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional e integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.
- Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.
- Identificar, manejar y construir las categorías que le permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.
- Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001, pp. 21-22).

Para lograr este perfil profesional de egreso, la residencia define un mínimo de 1656 horas de práctica supervisada durante los dos años y medio de formación, divididos en 5 semestres. Durante el primer semestre el alumno recibe un curso propedéutico en la UNAM, con el fin de desarrollar en él las habilidades necesarias para su desempeño en el ámbito hospitalario a través de cursos y talleres teórico prácticos. En los dos siguientes semestres el residente es ubicado en un hospital de

segundo nivel de atención a la salud y acude a clases a la UNAM. Durante los dos últimos semestres el residente es ubicado una institución de tercer nivel con el propósito de que desarrolle programas de intervención en contextos diferentes.

Así bajo esta línea de pensamiento y siguiendo los objetivos de la residencia en medicina conductual, se presenta este Reporte de Experiencia Profesional, destacando:

- La importancia del psicólogo en cada una de las etapas de la enfermedad oncológica.
- Diseño, aplicación y evaluación de programas de intervención psicológica, para el servicio de oncología del Hospital de la Mujer y para el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.
- Protocolo de investigación desarrollado en pacientes con enfermedad oncológica.

Cabe mencionar que lo anterior si bien realizó apegándose a los objetivos de la Residencia en Medicina Conductual, además se tomó en cuenta los objetivos de la institución y de los servicios asignados, así como las necesidades y consentimiento del paciente, como se esquematiza en la figura 1.

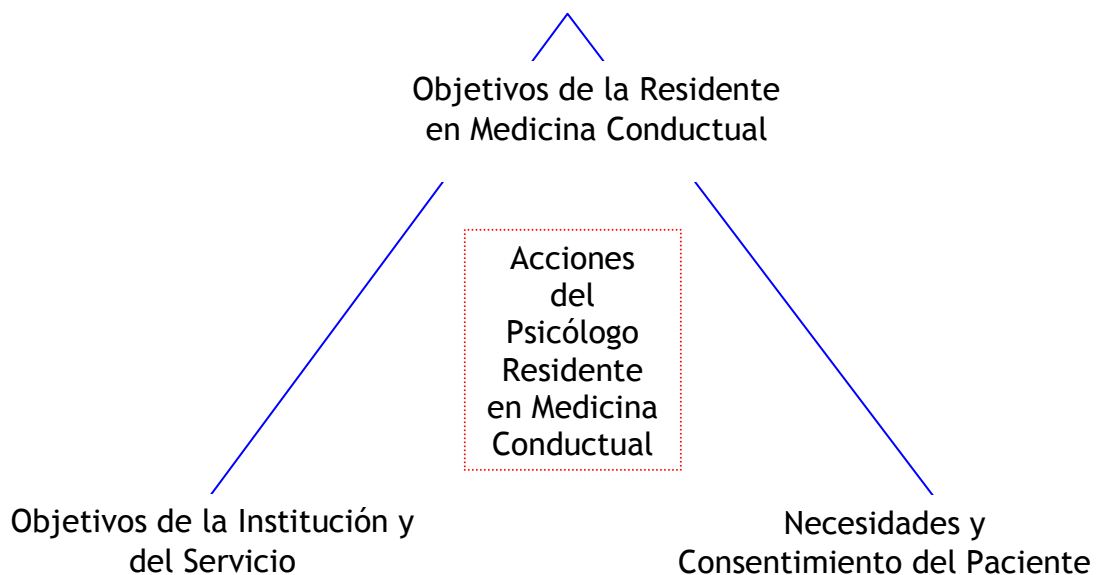


Figura 1. Muestra de forma esquemática los aspectos que debe tomar en cuenta el especialista en medicina conductual, para diseñar y aplicar sus intervenciones.

De acuerdo a esta figura, las acciones del especialista en Medicina Conductual en los escenarios hospitalarios quedan supeditadas al trinomio: Residencia-Institución-Paciente, como se detalla en este reporte de experiencia profesional, el cual consta de cinco apartados básicamente:

1. *Actividades realizadas en las sedes*, en donde se describen las actividades asistenciales que incluyen el diseño, aplicación y evaluación de programas de intervención psicológica de acuerdo a las necesidades del servicio asignado, además de la descripción de actividades diarias propias del servicio, actividades académicas que engloban la supervisión in situ y académica, las actividades de investigación y la asistencia a reuniones académico-profesionales.
2. *Competencias profesionales alcanzadas*, en este apartado se hace una descripción de las competencias alcanzadas a lo largo de la residencia en términos de: conocimientos adquiridos, experiencia profesional y desarrollo de habilidades a nivel personal.
3. *Evaluación de la experiencia profesional*, en este apartado se realizó una evaluación de: las sedes asignadas, las actividades realizadas en las sedes, el sistema de supervisión y de las competencias alcanzadas a través de un análisis comparativo entre lo que propone el programa de residencia en medicina conductual y los objetivos alcanzados.

I. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Como se mencionó en el apartado anterior la residencia en Medicina Conductual se ubica en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención a la salud, por lo que en esta caso en particular fui asignada:

- Durante el primer año al *Hospital de Mujer* en el servicio de Oncología, perteneciente al segundo nivel de atención a la salud.
- Y durante el segundo año de residencia al *Instituto Nacional de Cancerología* el cual corresponde al tercer nivel de atención a la salud.

Puesto que en ambas sedes estuve asignada a la especialidad de Oncología fué necesario conocer la patología oncológica e identificar las necesidades psicológicas que se dan en las personas durante cada una de las fases de esta enfermedad, desde las etapas tempranas del cáncer como son los estudios prediagnósticos hasta la fase terminal, dichas implicaciones psicológicas se detallan a continuación.

El cáncer es uno de los eventos más estresantes de la vida, el cual afecta de manera importante la calidad y transcurso de la misma, dado su alto impacto y la incertidumbre de sus causas y pronósticos el cáncer es considerado uno de los más prolongados factores de estrés en la vida del ser humano (Nezu, A., Nezu, C., Friedman, Faddis y Houts, 1999).

Cada una de las fases de la enfermedad, desde los síntomas previos, la fase diagnóstica, los tratamientos, los controles, las recaídas, o la fase terminal, aportan diferentes elementos estresantes a los que se deben enfrentar los pacientes, es por ello que no es difícil observar reacciones emocionales de ira, vergüenza y negatividad, también se pueden incluir la alteración de la imagen corporal (insatisfacción con el aspecto físico) el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés por las cosas, problemas de ansiedad generalmente ligados a la sensación de pérdida de control sobre la propia vida, bajas expectativas de resultado y falta de señales de seguridad (Font, Guiteras, 2003).

Autores como Olivares y Cruzado (1996), revelan que el 51% de los paciente con cáncer presentan alteraciones emocionales en su mayoría trastorno adaptativo, con estado de ánimo deprimido, o bien depresión mayor hasta en un 13% y trastorno mental orgánico en un 8%.

De acuerdo a lo anterior la mitad de los pacientes oncológicos tienen el riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas, por lo que las intervenciones preventivas y los tratamientos de trastornos psicológicos son un aspecto fundamental en el manejo de pacientes con cáncer.

Se ha comprobado que intervenciones breves, aplicadas tras el proceso diagnóstico, son altamente efectivas para mejorar la adaptación y prevenir los trastornos psicopatológicos, entre dichas intervenciones se encuentran:

- Información adecuada al paciente. Informar adecuadamente al paciente y sus familiares es un aspecto fundamental para la adherencia y confianza del tratamiento médico y la adaptación del paciente. Hay que determinar los aspectos idóneos en cuanto a contenidos, tipo de información, contenido, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares así como el momento y la secuencia mas oportuna (Duran, E. e Ibáñez,1992).
- Preparación para la hospitalización y los tratamientos. Preparar al paciente para reducir la ansiedad y el impacto estresante que conlleva la hospitalización y los tratamientos subsiguientes. En este caso el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía (Arranz, P. y Cancio, H., 2003; Barreto, M. 2000).
- Prevenir alteraciones emocionales y psicológicas. Intervenciones psicológicas con el fin de reducir la ansiedad, depresión y trastornos emocionales, promover un sentido de control personal y participación activa, dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia (Moorey y Creer, 1989; Fawzy y Fawzy, 1994).

De ahí que entre las actividades del psicólogo residente en medicina conductual asignado a servicios oncológicos se encuentre:

1. Identificar aquellos pacientes que requieran intervención psicológica, así como detectar cuales son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de intervención (Cella y Tulskey, 1993).
2. Valorar los efectos de los tratamientos aplicados en oncología, ya que a la hora de aplicar un protocolo de quimioterapia o, una terapia hormonal, etc., es preciso conocer, no solo los efectos de la supervivencia, sino también la calidad de vida, dado lo agresivo que pueden llegar a ser estos tratamientos (Aaronson, N. y Beckman, J., 1987; Barofsky y Sugarbaker, 1990; Fallowied, 1990).

Lo anterior conlleva al especialista en medicina conductual a tener como objetivo central, el mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares a la enfermedad (Aaronson, N. y Beckman, 1987), tratando que la intervención psicológica este integrada, en todo momento, con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar, a través de los objetivos que proponen DeGood, Crawford y Jongsma (1999):

- reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- facilitar la adaptación del cáncer induciendo un estilo de control personal de su vida y una participación activa de su tratamiento.
- desarrollar estrategias de solución de problemas para ocuparse de las dificultades relacionadas con la enfermedad.
- facilitar la comunicación del paciente con su pareja y con otros miembros de la familia.
- estimular la participación en actividades y mejorar las relaciones sociales
- alentar la expresión de sentimientos y emociones especialmente los negativos.

De acuerdo con lo anterior el psicólogo ubicado en las unidades de oncología, debe en la medida de lo posible prevenir o corregir, la sintomatología psicológica y fomentar estrategias de afrontamiento efectivas, que permitan mejorar la calidad de vida del paciente en cada una de las etapas de la enfermedad oncológica.

Por lo que las actividades desarrolladas se realizaron de acuerdo a estas características de la enfermedad y las necesidades psicológicas que conlleva, como se detalla a continuación en el presente reporte de experiencia profesional.

II. PRIMER AÑO
SEDE: HOSPITAL DE LA MUJER
(Servicio de Oncología)

El Hospital de la Mujer, se encuentra ubicado en prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374, col. casco de sto. tomas, es una Institución de Segundo Nivel de Atención a la Salud, dedicado a la atención de problemas gineco-obstétricos, a través de los servicios de: urgencias, consulta externa, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, clínica de esterilidad, embarazo de alto riesgo, puerperio complicado, tumor de ovario, alojamiento conjunto, clínica de amenorreas, clínica de trofoblasto, genética, cuneros, odontología, psicología, dietología y oncología.

Durante el año 2002, estuvimos asignados 4 residentes de medicina conductual, tres de primer año y una de segundo año, cada una fué asignada por la supervisora in situ, a los servicios de mayor demanda en cuanto a intervención psicológica: embarazo de alto riesgo, puerperio complicado, tumor de ovario y oncología, siendo este último el correspondiente a este caso en particular.

El servicio de oncología cuenta con área de hospitalización y consulta externa, el área de hospitalización se compone de 8 camas donde se ingresa un promedio de 60 a 70 pacientes por mes para la aplicación de quimioterapia, cirugía o manejo paliativo, cuenta con sala de cirugía ambulatoria en la que se efectúan biopsias, extracción de fibroadenomas, curaciones, entre otros, realizándose entre 3 ó 4 procedimientos por día. En el área de consulta externa, diariamente se atienden de 20 a 30 pacientes de patología oncológica, seguimientos de casos y programación quirúrgica por medio de los médicos a cargo del servicio, los días viernes se realiza la clínica conjunta, en donde como su nombre lo indican se reúnen los médicos oncólogos y médicos residentes de gineco-obstetricia, con el fin de analizar y discutir los casos mas relevantes del servicio, durante estas sesiones los oncólogos citan a las pacientes que sus estudios arrojan como resultado diagnóstico positivo a cáncer.

La forma en que se encuentra estructurado el servicio de oncología se puede observar en la figura 2.

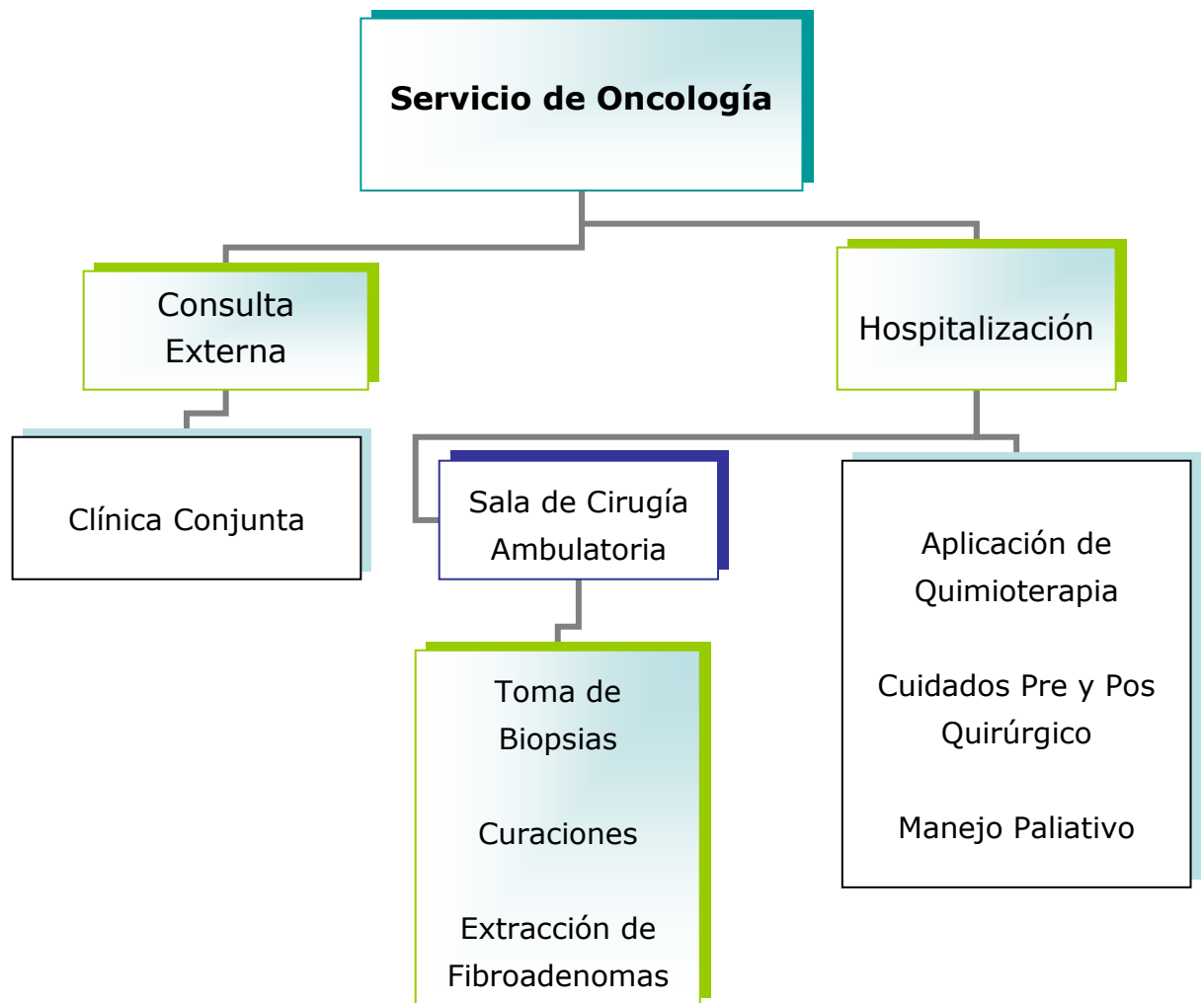


Figura 2. Organigrama del Servicio de Oncología en el Hospital de la Mujer

Durante esta rotación realizada en el 2002, el trabajo desarrollado estuvo bajo la supervisión de la Lic. Diana Lilia Gutiérrez Supervisora In situ y por la Lic. Cecilia Montañó Supervisora Académica y de forma indirecta por el Jefe de Servicio de Oncología Dr. Gutiérrez Báez.

2.1 Necesidades del servicio:

Durante años anteriores los residentes de medicina conductual que habían rotado por este servicio desarrollaron algunas de líneas de investigación que permitieron la apertura de comunicación con los médicos oncólogos y personal de enfermería, demostrando la importancia de los factores psicológicos en los padecimientos oncológicos, sin embargo no se contaba con algún diseño de intervención psicológica que diera atención a las pacientes durante todas las etapas de su enfermedad, siendo esto de suma importancia dado que el servicio de oncología atiende a mujeres con patología oncológica en todas las etapas: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento y fase terminal, siendo esta última la de menor porcentaje de atención, debido a que la mayoría de las pacientes que requieren cuidados paliativos, son canalizadas al Instituto Nacional de Cancerología para su manejo.

Cabe mencionar que por factores como abandono de tratamiento por parte de las pacientes, el tiempo en que transcurre la enfermedad (que es largo) y el corto periodo de la rotación, es casi imposible dar seguimiento psicológico desde el inicio hasta la culminación de la enfermedad, por lo que se hizo necesario desarrollar un programa de intervención psicológica que ayudara a sistematizar la labor del psicólogo en el servicio de oncología teniendo como meta principal mejorar la calidad de vida de las pacientes a través de intervenciones cognitivo-conductuales breves, basadas en la detección temprana y la atención oportuna de síntomas de trastorno psicológico.

De acuerdo a lo anterior y a la detección de necesidades de este servicio, se propuso un Programa de Intervención Psicológica para el servicio de oncología, en el que la evaluación e intervención psicológica se realizará de forma específica de acuerdo a la fase o momento de intervención médica en que se encuentre el paciente como se observa en la figura 3, lo que permitió sistematizar las actividades asistenciales tanto en el área de hospitalización como en la consulta externa.

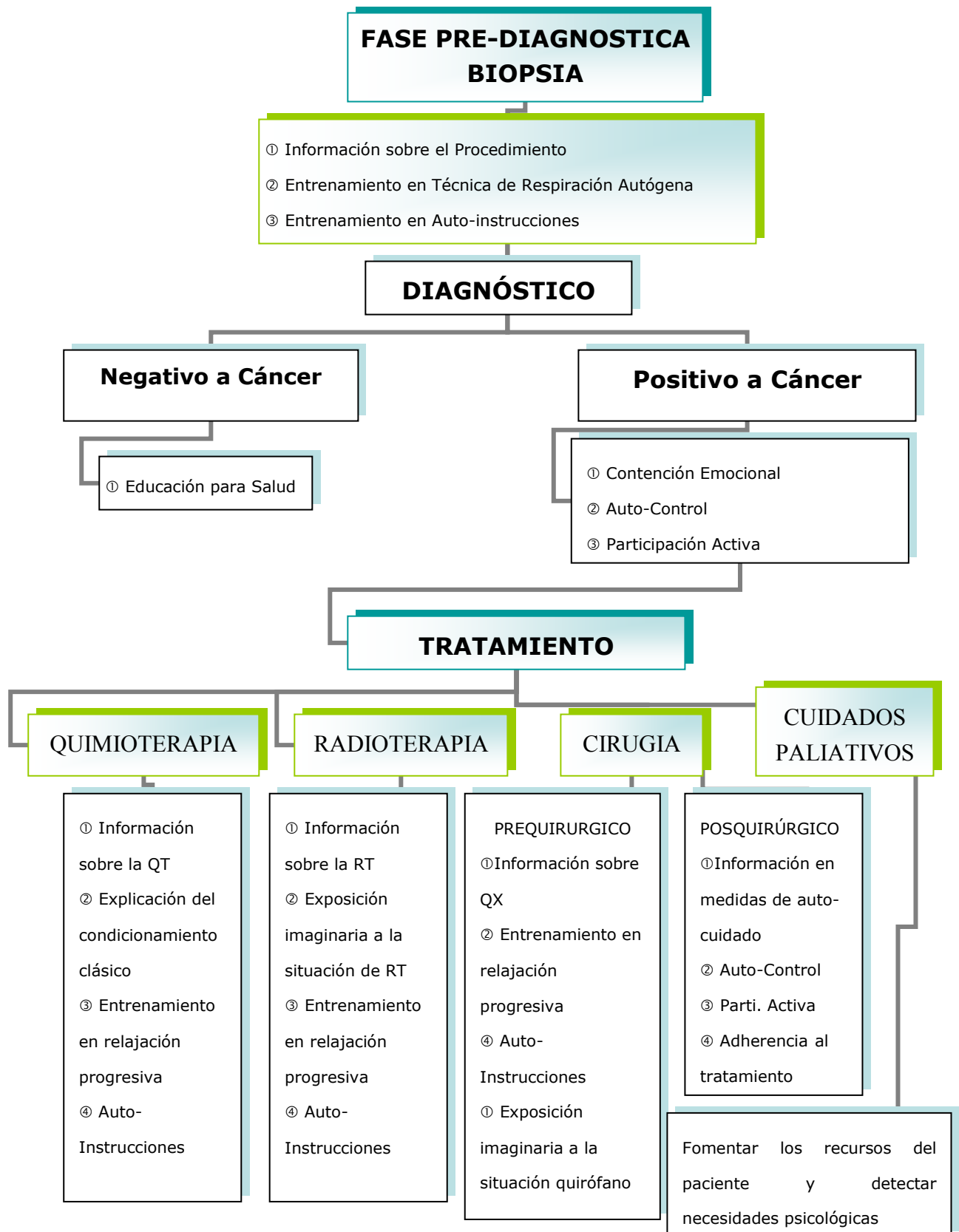


Figura 3. Muestra de forma esquemática la estructuración del programa de intervención psicológica para el servicio de oncología.

2.2 Actividades Asistenciales

Las actividades asistenciales se realizaron de acuerdo al Programa de Intervención Psicológica diseñado para el servicio de oncología, que se muestra en la figura 3, el cual se detalla a continuación.

2.1. Programa de intervención psicológica

El Programa de Intervención Psicológica se diseñó con el objetivo de brindar atención psicológica eficiente y oportuna a las pacientes con cáncer, tratando de cubrir cada una de las etapas por las que atraviesa el padecimiento oncológico: 1) Fase pre-diagnóstica, 2) Fase diagnóstica, 3) Fase de tratamiento y 4) Fase terminal, en cada una de estas fases el programa describe cuatro áreas: a) Implicaciones psicológicas, b) Meta de intervención psicológica, c) tratamiento o intervención psicológica y d) resultados obtenidos, como se puede observar en los siguientes apartados:

2.2.1.1. Fase pre-diagnóstica (biopsia).

Esta fase constituye el periodo de tiempo que abarca desde el primer contacto de la paciente con el hospital por la existencia de algún tipo de sintomatología, hasta que está listo el resultado. Durante esta etapa se experimenta un elevado grado de estrés debido a que la paciente es sometida a una cirugía menor (biopsia) y a que se encuentra en espera de un diagnóstico (Velasco y Sinibaldi, 2001). La biopsia es una prueba quirúrgica en la cual se extrae parte del tumor para ser analizado microscópicamente con el fin de determinar o no la existencia de células pre-cancerígenas (Torres, L., 2000).

- Implicaciones Psicológicas:

En esta etapa se realizó una entrevista semiestructurada que permitió detectar una serie de déficit en habilidades, creencias distorsionadas y falta de información acerca del procedimiento, pensamientos anticipatorios, fatalistas y catastrofistas en el lapso de tiempo que comprende de la realización de la cirugía y la entrega del resultado, creencias de sobregeneralización respecto al cáncer,

sobre todo en las pacientes con antecedentes de cáncer por algún otro miembro de la familia, que en conjunto generan que se eleven los niveles de estrés y ansiedad, detectado a través de la observación directa, lista de verificación de estrés-ansiedad, cifras limítrofes o elevadas de tensión arterial, así como auto-reporte de la paciente de la escala visual análoga (EVA) de estrés-ansiedad.

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa o de estrés.

- Intervención psicológica:

Dirigida a dotar de estrategias de control, de ansiedad y estrés a través del manejo de pensamientos anticipatorios, respiración diafragmática y distracción atención.

- Resultados de la intervención:

La eficacia de las intervenciones se realizó a través de la observación de cambios conductuales inmediatos y el uso de estrategias cognitivo-conductuales adecuadas durante el procedimiento, mediante el auto-reporte derivado de la escala visual análoga, disminución en cifras tensionales. En esta fase se atendió un total de 45 pacientes como se observa en la figura 4, que se muestra más adelante.

2.2.1.2 Fase Diagnóstica:

Durante esta fase los médicos oncólogos citan a la paciente a la Clínica Conjunta con el fin de dar su diagnóstico final, el cual puede tomar dos vertientes: *negativo o positivo a cáncer*.

Cuando el resultado es negativo a cáncer, la atención psicológica se enfocó a brindar educación para la salud y biblioterapia, con el fin de modificar conductas y contingencias de riesgo.

En el caso de diagnóstico positivo a cáncer, la noticia genera un fuerte impacto psicológico en el paciente, por lo que se pidió al personal médico se solicitará la presencia de un familiar para dar la noticia,

además de estar presente el psicólogo con el fin de iniciar comunicación clara y abierta entre el médico, paciente y familiares, brindando así sensación de soporte con el equipo de salud con miras de facilitar la participación activa del paciente (Cruzado, J. y Olivares, M; 1996).

- Implicaciones Psicológicas:

Durante esta fase se observó que el paciente experimenta choque emocional, estrés, ansiedad, frustración, impotencia, presentando diferentes estilos de afrontamiento algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa o de estrés, uso de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales adecuadas que le permita adherirse al tratamiento médico.

- Intervención psicológica:

Dirigida a dotar de estrategias de afrontamiento que permitan reducir el impacto emocional y adherirse al tratamiento médico, sistematizándolo de la siguiente manera:

1. Una vez emitido el diagnóstico en presencia del familiar, se solicita al paciente pase al consultorio de a lado para recibir atención psicológica.
2. Se inicia mostrando empatía y usando técnicas conductuales como respiración diafragmática con el fin de disminuir sintomatología ansiosa.
3. Se procede a identificar temores y preocupaciones (¿Cómo se siente?, ¿Qué es lo que más le preocupa?) Con el fin de prevenir respuestas adaptativas.
4. Posteriormente se realiza psicoeducación a través de aclaración de dudas, rectificación de errores que puedan existir en su información, etc.
5. Se realiza reestructuración en cuanto a creencias del cáncer.
6. Se finaliza la intervención identificando redes sociales de apoyo y asegurando el bienestar físico de la paciente en el regreso a casa, y se da cita para continuar manejo psicológico en la consulta externa.

- Resultados de la intervención:

Disminución de sintomatología ansiosa y/o depresiva derivado del autoreporte de EVA de la paciente, reencuadre de ideas y creencias respecto al cáncer, reporte por parte del personal médico y de enfermería de haber observado hasta un 70% de mayor adherencia al tratamiento médico, en las pacientes que se dio atención psicológica inmediato a diagnóstico de cáncer. En esta fase se atendieron a 103 pacientes como se observa en la figura 4.

2.2.1.3. Fase de tratamiento

Entre los tratamientos para el cáncer se encuentran la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, el uso y el orden de cada uno de ellos depende de la decisión del médico tratante.

2.2.1.3.1 Cirugía

Si bien la cirugía es uno de los tratamientos más efectivos contra el cáncer, autores como Anderson (1992), menciona que es un fuerte estresor para las pacientes, si a esto se añade que al hablar de cirugía se debe tener presente que esta se compone de 2 etapas: prequirúrgica y posquirúrgica.

Etapa Prequirúrgica:

La fase prequirúrgica abarca la fase comprendida que va desde que se informa a la paciente que será operada, hasta el momento del acto quirúrgico, incluyendo el ingreso hospitalario.

- Implicaciones psicológicas:

Durante esta fase se aplicó una entrevista semiestructurada y la prueba psicológica IDARE (Spielberg y Diaz-Guerrero, 1975) en su versión estado, encontrándose que en esta fase la paciente presenta altos niveles de ansiedad, básicamente por las siguientes razones: 1. el peligro representado por la cirugía en si misma (amenaza a la anestesia general, incisión, amputación, etc.), 2. los efectos postoperatorios (dolor, reducción de capacidad física, imagen

corporal, etc.) y 3. por el periodo de hospitalización el cual es evaluado como una situación especialmente amenazante por la carencia de actividades y redes sociales habituales por lo que se convierte en un periodo idóneo para dar inicio a la intervención psicológica (López, S., Pastor, M., y Neipp, M. 2003).

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa o de estrés.

- Intervención psicológica:

Encaminada a dotar a las pacientes de estrategias de afrontamiento de control de estrés y de ansiedad para lograr la adaptación a la hospitalización y a la cirugía. Dando la siguiente estructura:

1. iniciando con psicoeducación acerca del procedimiento quirúrgico
2. posteriormente se inicia en el entrenamiento de técnicas de control de ansiedad (respiración controlada y distracción de la atención)
3. se realiza un ejercicio de exposición prolongada para alcanzar la habitación a los estímulos que compone la situación provocadora de ansiedad (quirófano)
4. para finalizar la intervención se lleva a cabo ejercicios de imaginación guiada de una situación gratificante

Cabe mencionar que dependiendo de las condiciones, la intervención, puede tener una duración de 1 a 3 sesiones.

- Resultados de la intervención:

Disminución de sintomatología ansiosa, medido a través de disminución del puntaje del IDARE, auto-reporte de EVA disminuido y observación directa de cambios conductuales.

Etapa Postquirúrgica:

La fase posquirúrgica comprende el momento inmediato a la terminación de la cirugía hasta la rehabilitación del paciente.

- Implicaciones psicológicas:

Durante esta fase se aplicó una entrevista semiestructurada, que permitió detectar que las pacientes durante esta fase presentan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión por razones como las siguientes: malestar físico, alteración en las actividades cotidianas, dolor, auto-imagen distorsionada etc.

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés.

- Intervención psicológica:

La intervención está encaminada a minimizar el impacto de la cirugía y sus consecuencias para mejorar la calidad de vida. Se debe aclarar que en esta fase como sugiere Miró, J. (2000), la intervención psicológica no se puede iniciar inmediatamente después de la cirugía dadas las condiciones físicas de la paciente, por lo que se inicia al día siguiente, además se debe recordar que esta fase abarca desde el término de la cirugía hasta la rehabilitación de la paciente, la intervención se da durante la hospitalización y se continúa en la consulta externa como se detalla a continuación:

1. Hospitalización: iniciando con psicoeducación enseñando ejercicios de rehabilitación en conjunto con el personal de enfermería y se explican formas de auto cuidado. Se exploran cogniciones y emociones que pudieran afectar la recuperación.
2. Consulta Externa: se trabaja con reestructuración cognitiva y se inicia exposición gradual de imagen corporal por medio de aproximaciones sucesivas. Se realiza entrenamiento en solución de problemas.

- Resultados de la intervención:

Disminución de sintomatología ansiosa y/o depresiva, comprobación de estrategias cognitivo-conductuales adecuadas durante esta fase.

En esta etapa se atendieron un total de 111 pacientes como se puede observar en la figura 4, estas pacientes posteriormente fueron citadas a la consulta externa, o bien se continuó el tratamiento psicológico durante la aplicación de quimioterapia.

2.2.1.3.2. Quimioterapia

Tras la cirugía o incluso antes de la misma, la paciente puede recibir tratamiento a base de quimioterapia, la cual hace referencia a un conjunto de fármacos que se aplican vía intravenosa a las pacientes cada 28 días, cada aplicación es considerado un ciclo en cada paciente esto varia pueden ser de 6 a 8 ciclos y con diferentes fármacos dependiendo del tipo de cáncer y la etapa en la que se encuentre., cabe mencionar que la quimioterapia lleva consigo algunos efectos colaterales como ansiedad, nausea y vómito, alopecia (perdida de cabello), cansancio general, anorexia entre otros. (Kash, K., 1998).

- Implicaciones psicológicas:

La aplicación de una entrevista semiestructurada, instrumentos como el IDARE y el BECK en su versión estado, además de la observación directa y reporte del personal de enfermería, permitieron detectar que durante esta fase la paciente puede presentar altos niveles de ansiedad y en la mayoría de los casos se desarrollan reacciones condicionadas, además de presentar sintomatología depresiva por el deterioro de la imagen corporal.

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa o depresiva.

- Intervención psicológica:

La intervención en esta etapa tiene dos finalidades por un lado disminuir ansiedad, nausea y vómito anticipatorio, a través de psicoeducación respecto al condicionamiento, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación e imaginación guiada dicha intervención se detalla en el apéndice 4 de este documento, dado que constituyo un protocolo de estudio. La otra finalidad de la intervención psicológica es reducir la sintomatología depresiva a través de reestructuración cognitiva en cuanto a la auto-imagen (Cruzado, J., Olivares, M., y Fernández, B., 1993).

- Resultados de la intervención:

La eficacia del tratamiento se observó en la disminución de

sintomatología ansiosa o depresiva, derivada de disminución en los puntajes del BECK y el IDARE, del auto-reporte en EVA ansiedad/depresión del paciente y disminución en la frecuencia de náusea y vómito, antes de la aplicación de la QT reportado por la paciente, personal de enfermería y familiar de la paciente. Durante esta fase se atendió a 147 pacientes dado que es en esta fase de tratamiento donde se concentra el mayor número de pacientes que acuden a este servicio, como se puede observar en la figura 4, que se muestra más adelante.

2.2.1.3.3. Radioterapia

La radioterapia es otro tipo de tratamiento que se usa contra el cáncer al igual que en el caso de la quimioterapia, su aplicación puede diferir de una paciente a otra debido al tipo de cáncer, la etapa en que se encuentre y el médico tratante. Los ciclos de radioterapia se aplican diariamente de forma ambulatoria y pueden ser de 20 a 30 ciclos (Kash, K., 1998).

Cabe mencionar que este tipo de tratamiento no se aplica en el Hospital de la Mujer, por lo que a las pacientes que los médicos consideran requieren de este tratamiento se les canaliza al Instituto Nacional de Cancerología, y se les pide regresen a la consulta externa del Hospital de la Mujer hasta que se terminen sus ciclos de radiaciones es decir de 20 o 30 días después.

- Implicaciones psicológicas:

Durante esta fase se observó que las pacientes experimentan ansiedad por el traslado a otra institución, así como por creencias erróneas y falta de información respecto al procedimiento.

- Meta de la Intervención Psicológica:

Remisión de sintomatología ansiosa o depresiva.

- Intervención psicológica:

La intervención está encaminada a dotar de estrategias cognitivo-conductuales que ayuden a minimizar el impacto del procedimiento.

1. iniciando con psicoeducación explicando en que consiste la radioterapia y otorgando un folleto informativo de este tratamiento (elaborado por el personal de enfermería de este servicio).
2. posteriormente se inicia en el entrenamiento de técnicas de control de ansiedad (respiración controlada y distracción de la atención).
3. concluido el entrenamiento se realiza un ejercicio de exposición prolongada para alcanzar la habituación a los estímulos que compone la situación provocadora de ansiedad (sala de radiaciones), cabe mencionar para lograr este ejercicio fue necesario conocer la sala de radioterapia del INCAN contando con el apoyo de los médicos adscritos del servicio de oncología del hospital de la mujer.
4. para finalizar la intervención se lleva a cabo ejercicios de imaginación guiada de una situación gratificante, para pedir a la paciente que trate de recrear esta imagen durante la aplicación de las radiaciones dado que se encuentra consciente.

- Resultados de la intervención:

La eficacia del tratamiento se determino a través de la observación de cambios conductuales inmediatos, mediante el auto-reporte de disminución de sintomatología ansiosa y/o depresiva, derivada de la escala visual análoga y parafraseo de la información proporcionada. En esta fase se atendieron a 89 pacientes como se puede observar en la figura 4.

2.2.1.4. Fase terminal y cuidados paliativos

Esta fase hace referencia a la etapa de la enfermedad donde no es posible un tratamiento curativo sino como su nombre lo indica se deben paliar los síntomas, por lo tanto se deben realizar un conjunto de intervenciones medico, sociales y psicológicas encaminadas a sostener la calidad de vida de la paciente en fase terminal. Sin embargo en el servicio de oncología del Hospital de la Mujer, aunque se atienden pacientes en etapa terminal no se realizan cuidados paliativos, dado

que esta institución pertenece al segundo nivel de atención a la salud y no se cuenta con el equipo de subespecialistas como médicos algólogos y paliativistas encargados de este tipo de cuidados.

De tal forma que los médicos oncólogos de este hospital realizan su mayor esfuerzo aplicando quimioterapia paliativa y manejando el dolor oncológico. Cabe mencionar que en un principio se detectó encarnizamiento terapéutico por medio de los oncólogos y el médico quimioterapeuta, por lo que se realizó un seminario para impartir al personal del servicio de oncología, lo que ayudó a sensibilizar a los médicos ante el trabajo del psicólogo en esta fase de la enfermedad.

Por lo tanto la Intervención Psicológica en esta fase se centró en:

- Fomentar los recursos del paciente, detectar sus necesidades psicológicas e identificar solución de problemas.
- Con la familia brindar apoyo emocional y dotar de estrategias de afrontamiento encaminadas a minimizar el impacto de la pérdida inminente.
- Sensibilizar al personal médico y de enfermería ante el proceso de muerte (Imedio, L. y Luque M. 2000).

- Resultados de la intervención:

Disminución de sintomatología ansiosa y/o depresiva en los pacientes y familiares, mejoría en la relación médico-paciente, derivada del auto-reporte y la observación de cambios conductuales inmediatos, atendándose un total de 27 pacientes durante esta fase.

Así la intervención psicológica en cada una de las fases de la enfermedad oncológica se diseñó de forma breve debido a la demanda de trabajo y a las necesidades del servicio. Atendiéndose un total de 523 pacientes en el servicio de oncología 45 de ellas fueron atendidas en fase de prediagnóstico (biopsia), 103 durante la fase de diagnóstico, 147 en fase de tratamiento a base de quimioterapia, 90 en tratamiento con radioterapia, 111 pacientes en fase de tratamiento a base de cirugía (mastectomía, histerectomía, etc.) y 27 en fase paliativa, como se observa en la figura 4.

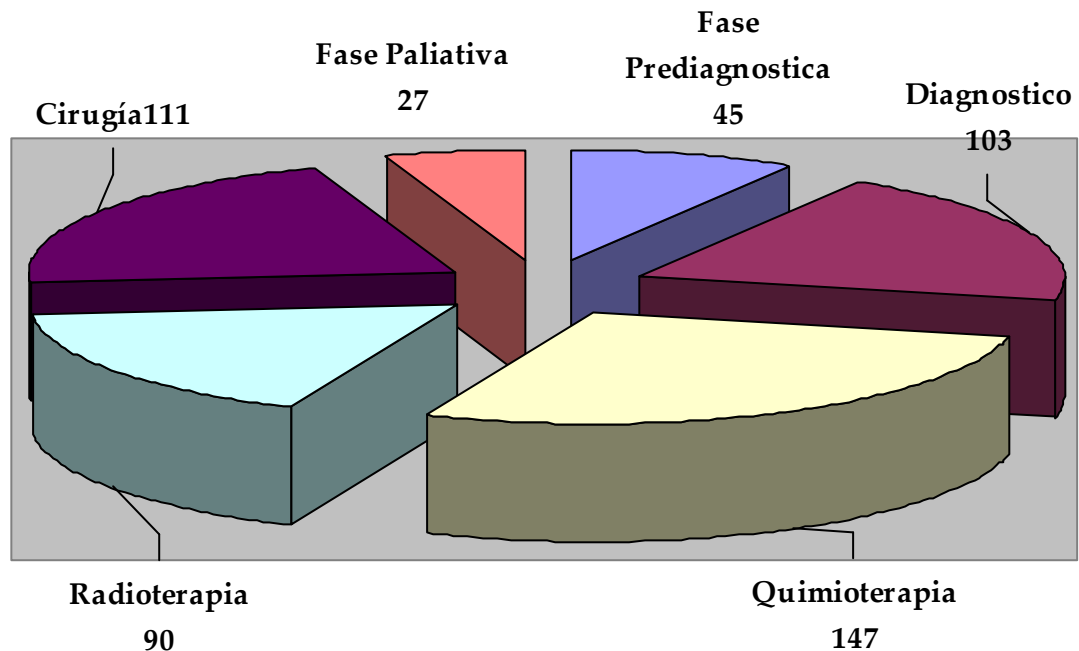


Figura 4. Muestra el total de pacientes atendidas en cada una de las fases de la enfermedad oncológica.

En la figura anterior se destaca que el mayor número de pacientes atendidas se encontraba en la fase de tratamiento a base de quimioterapia, por lo que el protocolo de investigación que se muestra en el apéndice 1, se realizó en pacientes sometidas a este tratamiento.

De las 523 consultas realizadas en el servicio de oncología, 120 se atendieron en el área de consulta externa y 423 en hospitalización (incluyendo pacientes de cirugías ambulatorias, como biopsias o extracción de fibroadenomas), como se puede observar en la figura 5.

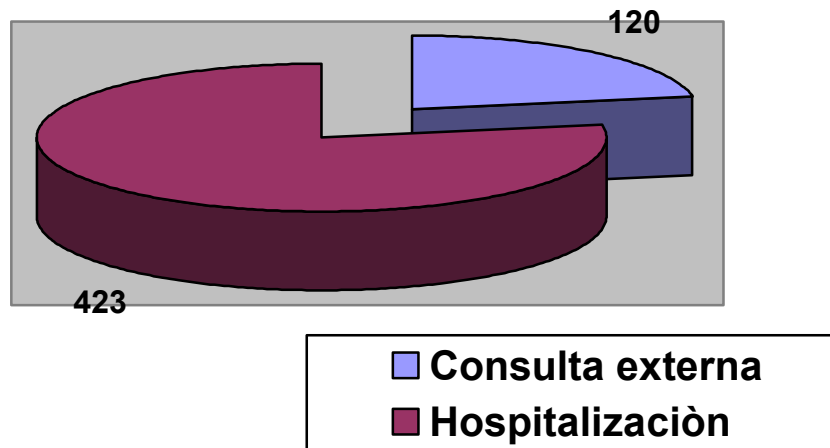


Figura 5. Muestra la distribución de pacientes atendidas en la consulta externa y hospitalización del servicio de oncología.

Cabe mencionar que en el grupo de personas atendidas en el área de hospitalización el rango de edad oscilaba de 35 a 40 años, lo que conlleva a que algunas condiciones psicosociales se agudizen: preocupación por el bienestar de los hijos pequeños, situación laboral, desequilibrio en las condiciones económicas, entre otras, lo que favorece la exacerbación de reacciones emocionales desfavorables durante su período de internamiento principalmente de tipo ansioso y depresivo (López, Pastor, Neipp, 2003; Duran, E. e Ibáñez, E. 1990).

Encontrando que entre los diagnósticos psicológicos detectados con más frecuencia en las pacientes atendidas se encuentran síntomas ansiosos, depresivos y trastorno adaptativo. En la figura 6 se muestran la incidencia de estos diagnósticos en cada una de las fases de la enfermedad oncológica.

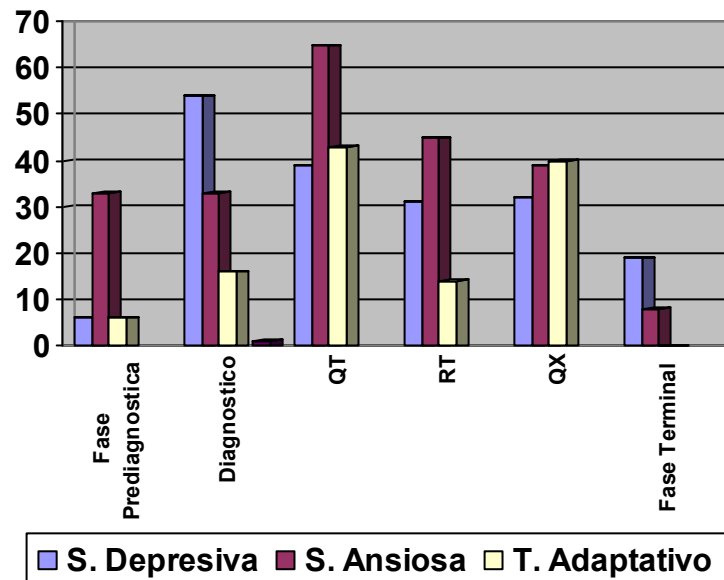


Figura 6. Muestra los diagnósticos psicológicos de mayor prevalencia en cada una de las fases de la enfermedad oncológica

Observándose que en las fases de prediagnóstico, quimioterapia y cirugía predomina la sintomatología ansiosa, mientras que en la fase de diagnóstico y la fase terminal predominan los síntomas depresivos, por lo que la propuesta de intervención psicológica para el servicio de oncología se diseñó utilizando estrategias de intervención específicas para cada fase de la enfermedad.

Cabe mencionar que otra de las actividades asistenciales que realiza el especialista en medicina conductual en la consulta externa y hospitalización, es brindar apoyo psicológico a los familiares del paciente con la finalidad de reducir niveles de ansiedad o depresión, fortalecer redes de apoyo, mejorar la comunicación y prevenir o tratar claudicación, además de realizar intervención en crisis posterior a la comunicación de malas noticias.

2.3 Actividades diarias:

El psicólogo residente además de las actividades asistenciales debe desarrollar actividades programadas propias del servicio en el área de hospitalización y consulta externa como se detalla a continuación:

Área de hospitalización:

- Visita a piso en conjunto con los médicos residentes que se encontraran rotando en este servicio, con el fin de detectar necesidades psicológicas en los pacientes hospitalizados.
- Elaboración de nota clínica con formato SOAP, en el expediente médico de la paciente.
- Elaboración de expediente psicológico.
- Sesiones informales con los médicos oncólogos y personal de trabajo social y enfermería, con el fin de dar atención integral a las pacientes.
- Atención de interconsultas a pacientes de otros servicios del hospital o en el área de urgencias, para la atención de pacientes en crisis, perdida gestacional, óbitos, abuso sexual o violaciones, farmacodependencia, psicosis posparto, histerectomía o disminución de ansiedad ante parto, cesárea y cirugía ginecológica etc.

Área de Consulta Externa:

- Asistencia a la consulta externa con el fin de detectar pacientes que serán programadas para biopsias o cirugías.
- Asistencia a la clínica conjunta con miras a proporcionar intervención en crisis a las pacientes que reciben diagnóstico positivo a cáncer.
- Elaboración de nota clínica con formato SOAP, en el expediente médico de la paciente.
- Elaboración de expediente psicológico.
- Elaboración de historias clínicas.
- Consulta psicológica dirigida a pacientes de primera vez y subsecuentes una vez a la semana, en donde se atendió un

total de 86 pacientes (ver figura 7) de diferentes servicios médicos, principalmente de clínica de esterilidad, climaterio y

- cirugía general, en algunas casos las pacientes acudieron por propia iniciativa. En promedio cada proceso terapéutico tuvo una duración de 6 a 8 sesiones ya que se trabajan problemas relacionados con su condición de salud.

Cabe mencionar que algunas pacientes fueron referidas a instituciones de salud mental por la gravedad de los casos.

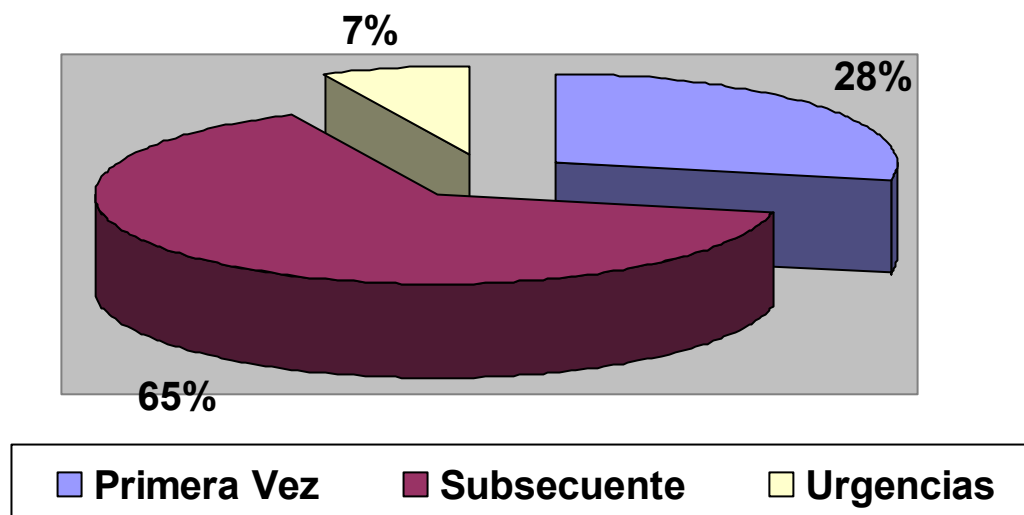


Figura 7. Muestra los porcentajes de pacientes atendidas en la consulta externa de psicología.

De estas pacientes atendidas se encontró que los diagnósticos psicológicos más frecuentes correspondientes a déficit de habilidades sociales, déficit en habilidades de afrontamiento, incumplimiento terapéutico, manejo inadecuado de estrés, así como sintomatología ansiosa y/o depresiva, como se muestra en la figura 8, de este documento.

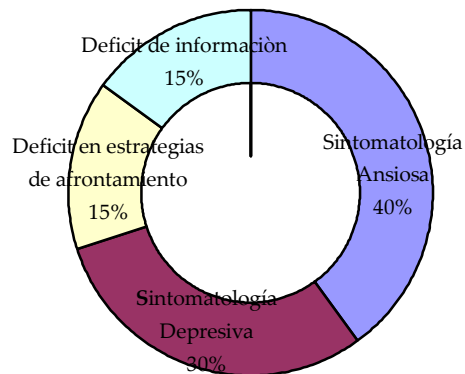


Figura 8. Muestra en porcentaje la prevalencia de diagnósticos psicológicos.

De acuerdo a la figura anterior se puede decir, que la sintomatología ansiosa y depresiva, son las afecciones que más se presentan en la consulta externa del servicio de psicología.

2.4 Actividades realizadas en las guardias:

Durante esta rotación 2002, las residentes de Medicina Conductual realizamos guardias los fines de semana dos veces al mes de 8:00 am a 6:00 pm, en las que se desarrollaron las siguientes actividades:

- Elaboración y aplicación del taller titulado: “Manejo de Estrés y Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes con cáncer” (ver apéndice 5), en donde se atendió un total de 180 familiares durante todo el año.
- Elaboración de nota clínica con formato SOAP, en el expediente médico de la paciente.
- Revisión de material bibliográfico.
- Atención de interconsultas a pacientes de otros servicios del hospital o en el área de urgencias.

2.5 Actividades académicas

Durante los primeros 6 meses de la rotación 2002, se asistió a la UNAM por la tarde, para recibir las clases que componen el tronco común del programa de Maestría en Psicología.

El residente realiza clínica supervisada por lo que debe asistir a:

- *Supervisión Académica* una vez por semana dentro de la sede hospitalaria con el fin de revisar material bibliográfico y discutir casos clínicos.
- *Supervisora In situ* una vez por semana para asesoría con la jefa del departamento de psicología.
- Asistencia a la *Sesión Medica* que se imparte en el auditorio del hospital para la discusión de casos clínicos, con la finalidad de conocer terminología medica.

2.6 Asistencia a reuniones profesionales:

El especialista en medicina conductual debe contemplar entre sus actividades la asistencia a reuniones académicas con le fin de estar actualizado o de presentar protocolos de investigación.

- Como Ponente:

La medicina conductual en el servicio de oncología

Foro: La psicología en el Hospital de la Mujer

Hospital de la Mujer

Efectuado en febrero de 2003.

Intervención psicológica en mujeres con cáncer

Seminario: Impartido a personal médico de Oncología

Hospital de la Mujer

Impartido todos los viernes a las 2:00 pm a partir de octubre de 2002 a febrero de 2003.

- Como asistente:

Atención postaborto y AMEU
Hospital de la Mujer
Efectuado en marzo de 2002.

Mujeres, Violencia y Salud.
Hotel Benidor, Cd. De México
Realizado en el mes de junio de 2002, con una duración, de 20 horas.

Lactancia Materna
Hospital de la Mujer
Impartido en el mes de agosto de 2002, con una duración de 10 horas.

2.7 Actividades de investigación

Elaboración y aplicación del protocolo titulado: “Terapia Psicológica Adyuvante a Mujeres con cáncer de mama”, el cual se presenta en el apéndice, de este documento.

III. SEGUNDO AÑO:
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INCAN)
(Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos)

El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra ubicado en avenida tlalpan en zona de hospitales y es considerado un hospital de tercer nivel de atención a la salud, cuenta con varias subespecialidades oncológicas, entre las que destacan: Oncología Medica, Radioterapia, Psicooncología, Ginecooncología, Hematología, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, entre otras.

Durante el año 2003 estuvimos asignados a este instituto (INCAN), dos residentes de segundo año de medicina conductual, en los servicios de Psicooncología y Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, siendo este último el designado a este caso en particular.

La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, dispone de 3 servicios: consulta externa, con 4 consultorios, de los cuales 3 son atendidos por médicos algólogos y residentes de algología, con un promedio de 35 consultas por día a pacientes con dolor oncológico. El consultorio restante es atendido por un medico paliativista dando atención al rededor de 200 pacientes por mes, que se encuentran en etapa terminal de su padecimiento oncológico. En el área de hospitalización la clínica del dolor actúa como servicio interconsultante atendiendo en promedio 20 interconsultas por día, consistentes en el manejo del dolor a través de manejo farmacológico o realización de procedimientos invasivos (colocación de catéter, silla de motar etc.). En el área de visita domiciliaria como su nombre lo indica se visita a los pacientes con características incapacitantes para acudir al hospital, dicha atención la brinda un equipo multidisciplinario compuesto por un medico algólogo, un medico paliativista, un psicólogo, una enfermera, una trabajadora social y una tanatóloga. La organización de este servicio se muestra en la figura 9.

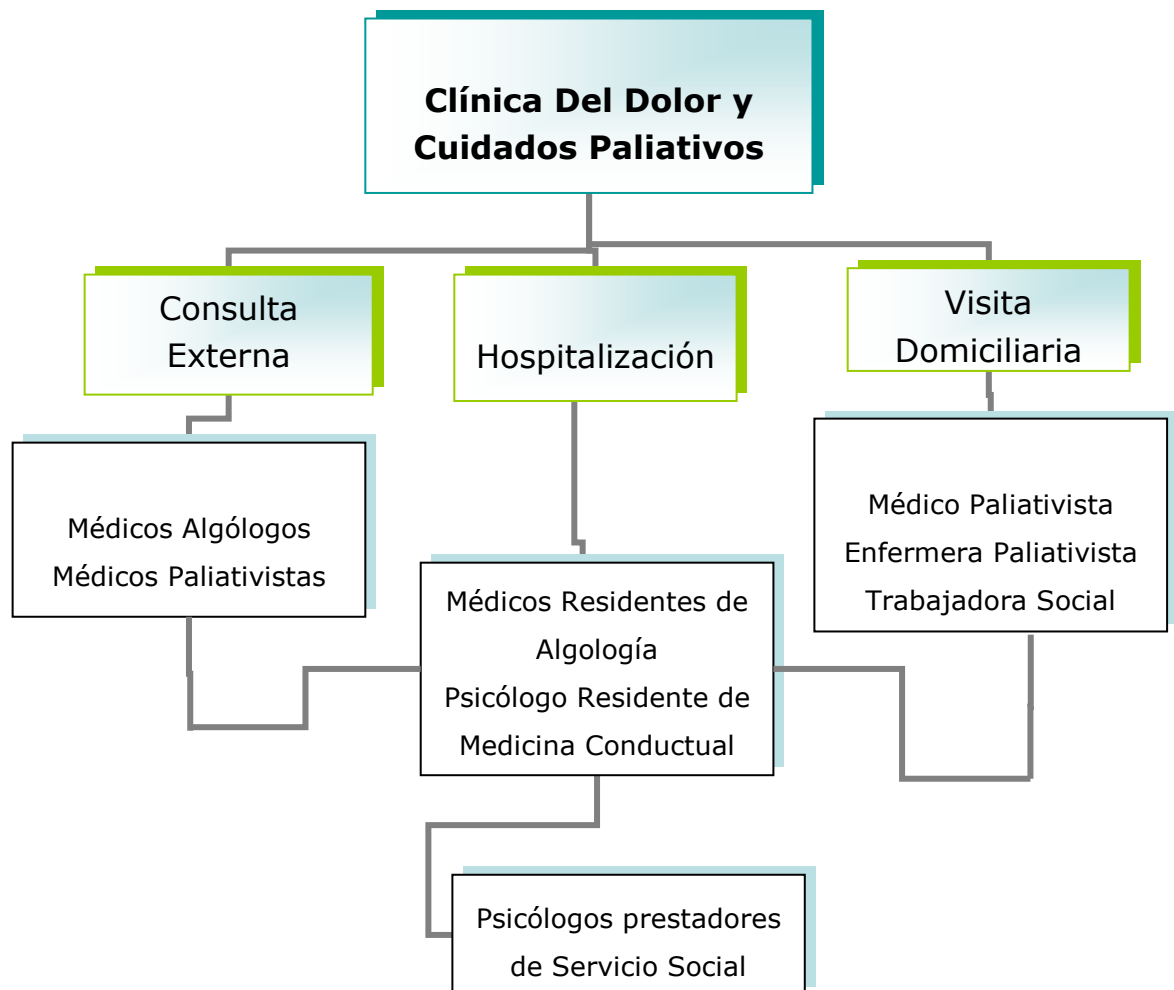


Figura 9. Organigrama del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

Dado que en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos el jefe de servicio Dr. Ricardo Plancarte considera fundamental la participación del psicólogo, cada año a la par de los residentes médicos y psicólogos ingresan 3 pasantes de Psicología para realizar servicio social y practicas profesionales, quienes quedan bajo la supervisión del psicólogo residente de medicina conductual.

Durante esta rotación 2003 el trabajo realizado estuvo asesorado por el supervisor In situ Lic. en Psicología Salvador Alvarado y por el supervisor académico Mtro. en Psicología Fernando Vázquez, además de contar con la supervisión y apoyo del Jefe de servicio Dr. Ricardo Plancarte y Dr. Francisco Mayer encargado de Cuidados Paliativos.

3.1 Necesidades del Servicio:

Este servicio es considerado uno de los más estresantes dentro del Instituto Nacional de Cancerología, debido a que la mayoría de los pacientes que acuden a este servicio se encuentran en fase terminal de la enfermedad oncológica teniendo la idea equivocada de que es “cuando ya no se puede hacer nada por el paciente” y digo que es la idea equivocada por que al llegar a este servicio pude observar que en esta fase es cuando se puede hacer más por el paciente, quizás no en términos de curar pero sí, de mejorar la calidad de vida del paciente.

Por lo que se convierte en un servicio donde el papel del psicólogo es fundamental, hecho del que están conscientes el personal que labora en este servicio por lo que el residente en medicina conductual es incluido en todas las actividades del servicio al igual que los médicos residentes de oncología.

El servicio de Clínica del Dolor Y Cuidados Paliativos implica un gran campo de trabajo para el psicólogo residente en medicina conductual, por lo que se decidió diseñar una forma de trabajo dividiendo el servicio en:

1. Clínica del dolor y
2. Cuidados Paliativos

Con la finalidad de diseñar un Programa de intervención psicológica que permitiera sistematizar la labor del residente en medicina conductual asignado a este servicio, dicho programa se encuentra esquematizada en la figura 10, que se presenta a continuación:

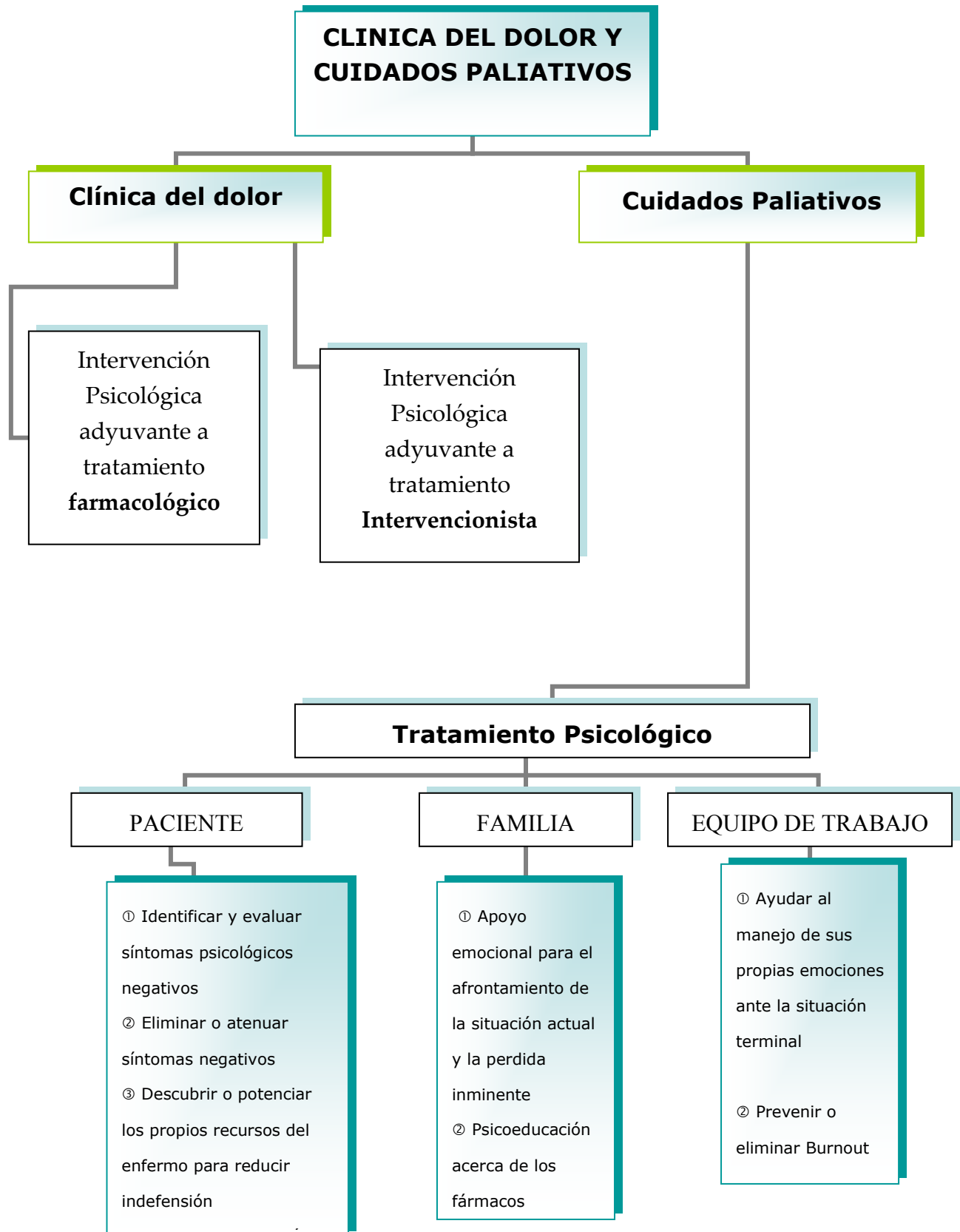


Figura 10. Muestra la estructuración del programa de intervención psicológica.

3.2 Actividades asistenciales:

Las actividades asistenciales se realizaron de acuerdo al Programa de Intervención Psicológica diseñado para el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos que se muestra en la figura 10, el cual se detalla a continuación.

3.2.1 Programa de intervención psicológica:

El programa de intervención psicológica por fines de estructuración se maneja en dos áreas:

a) *La clínica del dolor* en la cual se propuso que la intervención psicológica se tornara en dos vertientes: como adyuvante de la farmacoterapia para el manejo de dolor oncológico (dolor crónico) y como adyuvante de procedimientos intervencionistas para el manejo de dolor oncológico (dolor agudo).

b) *Cuidados paliativos* en donde la intervención psicológica se diseñó con el fin de cubrir las necesidades del paciente, la familia como grupo de apoyo y del equipo de trabajo.

A continuación se describen a detalle cada una de las áreas de intervención del programa, describiendo para cada una de ellas: a) una breve introducción teórica, b) implicaciones psicológicas, c) meta de intervención, d) tratamiento o intervención psicológica y e) resultados obtenidos.

3.2.1.1. Clínica de Dolor

En pacientes con cáncer el dolor es, desafortunadamente, el camino final ya que un 80% de los pacientes sufrirán dolor de leve a moderado dado que la intensidad aumentan en la medida que lo hace la enfermedad (Bónica, 2001), además de la incidencia de síndromes dolorosos no malignos, estos pacientes pueden también sufrir dolor debido a la progresión primaria o metastásica de su cáncer o efectos secundarios de su tratamientos (Melzack, R. y Wall, P., 1982).

El dolor es definido por la IASP, como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial” (Merskey, 1994). Esta definición contiene implicaciones que contribuyen importantes avances en la conceptualización del dolor: lo considera como algo subjetivo, otorga importancia al informe verbal del paciente e invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial.

Por lo que se reconoce que el dolor oncológico además de estar ligado a aspectos fisiológicos-sensoriales, también se encuentra influenciado por variables psicológicas entre las que destacan patrones cognitivo-evaluativos sobre la experiencia de dolor, patrones conductuales y estados afectivos (Miró, J; 2000).

El dolor oncológico en la mayoría de los casos se presenta de forma continua (dolor crónico), lo que favorece la presencia de reacciones emocionales desfavorables tales como ansiedad y depresión. Autores como Barber, J. (2000), afirman que la ansiedad se asocia con el miedo a la muerte y al dolor incontrolable, a la mutilación y pérdida de posición social, mas aún a la incertidumbre general del futuro, coexistente y se relaciona recíprocamente con los estímulos nociceptivos; el miedo empeora el dolor y puede hacer que el enfermo crea que cualquier dolor corriente que experimente es directamente una evidencia de diseminación de la enfermedad mientras que la depresión se encuentra asociada con que el paciente se va deslindando cada vez más de su propia vida, aumenta su dependencia de otros, y se va generando un sentimiento de desamparo que puede evolucionar hasta el desaliento y la desolación. De acuerdo a lo anterior las reacciones emocionales de ansiedad y depresión pueden empeorar la experiencia de dolor.

Además existe una estrecha relación entre la intensidad de la sensación del dolor y el malestar percibido, el cual puede estar influenciado por el estado de humor y creencias erróneas sobre las sensaciones dolorosas de la persona que los padece (Turk y Rennet, 1990; Spiegel y Bloom 1983; Turk, Meichembaum y Genest, 1983).

Así la intervención psicológica en el manejo del dolor incluye, modificaciones a nivel conductual, a nivel de patrones de pensamiento y autocontrol emocional (Miró 2003).

Debe contemplarse que la intervención psicológica en el manejo del dolor oncológico siempre debe actuar como adyuvante a la *farmacoterapia* (a base de opioides, analgésicos no esteroides entre otros) o al *manejo intervencionista* (tales como bloqueo de nervios, infusión neuraxial, inyecciones miofasciales o neurolisis quirúrgica).

Por lo tanto el programa de intervención psicológica para la clínica de dolor como ya se mencionó en párrafos anteriores se realizó en dos líneas de intervención:

- a. La primer encaminada al manejo de aspectos psicológicos implicados en el dolor como adyuvante de la farmacoterapia
- b. La segunda encaminada a dar manejo psicológico adyuvante a procedimientos intervencionistas.

3.2.1.1.1. Intervención psicológica adyuvante a farmacoterapia

Los pacientes experimentan dificultad para valorar y comunicar su dolor, se niegan a reportar el mismo, tienen expectativas limitadas sobre su alivio y generalmente desconocen las diferentes terapias, en ocasiones aún cuando el dolor es abordado médicamente los pacientes no se adhieren al tratamiento debido a preocupaciones sobre tolerancia y/o adicción a las drogas, efectos colaterales y depresión respiratoria.

- Implicaciones psicológicas del dolor:

Los pacientes que experimentan dolor, refieren sufrimiento general haciendo referencia de sintomatología depresiva y ansiosa así como reacciones de enojo, frustración, irritabilidad, desesperanza, desesperación y temor.

- Meta de la intervención:

Disminución en la sensación dolorosa percibida y la remisión de sintomatología ansiosa o depresiva.

- Intervención psicológica:

Dirigida inicialmente a facilitar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales que fomenten el autocontrol y ayuden al paciente a tomar un papel activo en su tratamiento.

La intervención psicológica requiere un proceso de evaluación exhaustivo previo de los tres sistemas de respuestas implicados (cognitivo-evaluativo, conductual y afectivo) ya que es fundamental conocer, antes de intervenir, cuáles son los factores implicados en la sensación dolorosa de cada paciente (Buela-Casal, G., y Miró, E., 1996). De acuerdo a lo anterior la intervención psicológica se realizó inicialmente con una fase de evaluación de la experiencia de dolor abarcando todas las dimensiones, como se describe a continuación:

❶ Evaluación psicológica del dolor

La evaluación psicológica requiere la colaboración de todos los agentes implicados esto es, personal médico, el paciente y la familia con el fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles.

La revisión de datos con el personal medico se realizó a través del acompañamiento durante el pase de visita y por medio de reuniones informales en los pasillos del hospital, así como la revisión del expediente clínico.

La valoración con la familia se obtuvo con la aplicación de una entrevista semiestructurada realizada para este servicio (ver anexo 1) específica para la familia o cuidador primario en la que se evalúan: Creencias y actitudes ante el dolor de su familiar, cambios conductuales que ha observado en su paciente así como reacciones afectivas en el mismo.

Con el paciente se evaluaron las dimensiones cognitivas, afectivas

conductuales inmersas en el dolor, a través de los siguientes instrumentos:

a. Valoración de dimensiones Cognitivas:

Se realizó a través de una entrevista semiestructurada realizada para este servicio (ver anexo 2), que incluye expectativas del dolor, interpretación de los síntomas y percepción de control.

b. Valoración de dimensiones Afectivas:

Se efectuó a través de una entrevista semiestructurada realizada para este servicio (ver anexo 2), por medio de la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (IDARE) en su versión estado, y la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, además de utilizar autoinformes del paciente que hacen referencia a estimaciones cuantitativas y cualitativas por medio de escalas que permiten medir la intensidad y malestar afectivo del dolor como las que se muestran en la figura 11.



Figura 11. Muestra las escalas que se utilizan para medir la intensidad del dolor.

Cabe mencionar que tanto la escala visual análoga como la numérica

pueden utilizarse también para medir el componente afectivo de la experiencia del dolor.

c. Valoración de Dimensiones Conductuales:

Efectuándola a través de métodos de dos de *Observación Directa* de conductas de dolor, como los que propone Miró, (2003):

1. Conductas de comunicación del dolor que proporcionan una medida de la intensidad y estilo de comunicación de dolor
2. Conductas de afrontamiento al dolor uso de rescates, movimientos, etc., que modifiquen de forma indirecta la intensidad del dolor y proporcionan un índice del estilo general de afrontamiento del paciente
3. Impacto del dolor en el estilo de vida por ejemplo hábitos de sueño, de alimentación etc.

❷ Fase de Intervención:

Dirigida a fomentar la búsqueda por parte del paciente de afrontamientos más eficaces para su dolor, así como aumentar la adherencia a tratamiento farmacológico a base de opiáceos.

- ✓ Se inicia con psicoeducación verbal respecto a los *componentes implicados en la experiencia de dolor*, se les explica el *rol de los fármacos en el manejo de su dolor* y se les comunica la importancia de su colaboración en la *toma de rescates*, para no dejar que su dolor se eleve hasta el máximo grado. De todo lo anterior se entrega material impreso con el fin de reforzar la información.
- ✓ Posteriormente se trabaja entrenamiento en relajación dado que esta última además de ayudar al paciente a calmarse aumenta la capacidad para afrontar la experiencia dolorosa ya que coloca la atención fuera del dolor.
- ✓ Entrenamiento en distracción como escuchar música, leer, o

cualquier otra actividad de acuerdo a los recursos y preferencias del paciente, para modificar conductas de dolor.

- ✓ Imaginación guiada con el fin de distraer la atención del estímulo doloroso.
- ✓ Se trabajan las cogniciones para lograr una reinterpretación del dolor adecuada (como que el puede participar de forma activa en el control y disminución de su dolor) y lograr un auto-dialogo menos catastrofista que le permita adherirse al tratamiento farmacológico (aceptación de la toma de morfina y el uso de rescates).
- Resultados de la Intervención:
 1. Cambios observables a nivel conductual, disminución del temor ante la experiencia de dolor, reencuadre de valoraciones y expectativas respecto al dolor, propiciando participación activa y actitud positiva del enfermo de su programa terapéutico.
 2. Lograr la respuesta de relajación, antagónica a la activación asociada al estrés y disminución en las reacciones emocionales negativas, como ansiedad o depresión.
 3. Disminución de la intensidad del dolor, a partir del reporte subjetivo del paciente, a través de la escala visual análoga (EVA) o la escala visual numérica.
 4. Auto-reporte referente a disminución de síntomas afectivos (ansiedad-depresión).
 5. Disminución de la toma de rescates (fármacos que puede usar el paciente si aparece el dolor antes de la toma indicada).

Con este tipo de intervención se se atendio un total de 90 pacientes, como se puede observar en la figura 12 de este reporte, que se muestra más adelante.

3.2.1.1.2. Intervención psicológica adyuvante procedimientos

intervencionistas

Para los pacientes que no responden satisfactoriamente a terapia de opioides, la clínica del dolor considera otras estrategias como métodos intervencionistas, que se realizan en la sala de cirugía ambulatoria ubicada en el área de hospitalización de uso exclusivo del servicio de clínica del dolor, entre estos procedimientos se encuentran las que utilizan la vía espinal (epidural o intratecal) para la administración de fármacos analgésicos, el bloqueo neurolítico de algunos nervios (intercostales o plexos nerviosos) o la infiltración de puntos trigger (zonas gatillo de dolor).

Si bien este tipo de intervenciones resultan exitosas en la mayoría de los casos para el manejo del dolor en los pacientes se generan una serie de reacciones psicológicas como estrés o ansiedad, que deben ser atendidas de tal forma que la intervención psicológica debe actuar como adyuvante para reducir esta sintomatología.

- Implicaciones psicológicas de procedimientos intervencionistas:
Durante esta fase se observó mediante la entrevista semiestructurada, e instrumentos como el IDARE en su versión estado, que los pacientes pueden presentar altos niveles de ansiedad, por razones como las siguientes: desconocimiento del procedimiento intervencionista, ideas erróneas acerca de los procedimientos, sentimientos de mutilación, auto-imagen distorsionada etc.
- Meta de la intervención:
Remisión de sintomatología ansiosa.
- Intervención psicológica:
Encaminada a minimizar el impacto del procedimiento intervencionista para disminuir los niveles de estrés o sintomatología ansiosa. Se debe aclarar que en esta fase la intervención psicológica debe iniciar inmediatamente después de que el médico tratante le informa al paciente que será sometido a dicho procedimiento, por lo que es canalizado a psicología para iniciar la intervención psicológica

consistente en dotar al paciente de estrategias de afrontamiento que le ayuden a generar autocontrol, como: psicoeducación acerca del procedimiento, entrenamiento en relajación, reestructuración de pensamientos erróneos acerca del procedimiento, detección de pensamientos automáticos y entrenamiento en habilidades sociales encaminada a preguntar todas sus dudas al medico tratante (Sandrin, L., 1996, Bandura, A., O' Leary, 1987).

- Resultados de la intervención:

Observación inmediata de cambios conductuales, reencadre de su percepción del procedimiento y del dolor, disminución de sintomatología ansiosa derivada del auto reporte del paciente en el EVA. De esta forma se atendieron 37 pacientes, como se puede apreciar en la figura 12.

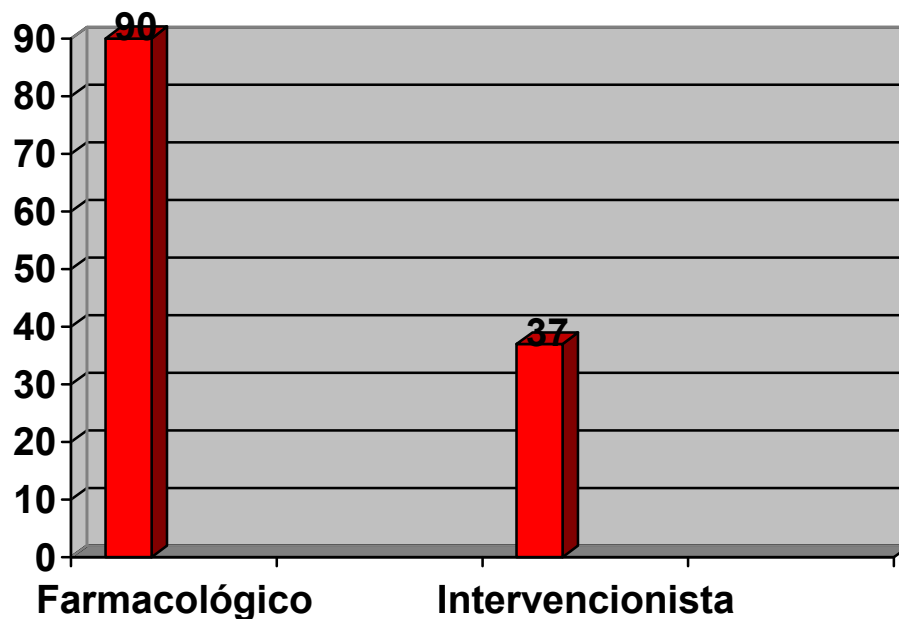


Figura 12. Muestra el número de pacientes atendidos a través de intervención psicológica como adyuvante en el manejo del dolor.

3.2.1.2 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes en etapa terminal, cuando la enfermedad ya no responde a tratamiento curativo (Gómez, Sancho; 2000).

Saunders, C; (1980), tres vías para lograr lo anterior: 1. tratamiento de los síntomas, 2. apoyo psicológico e información y 3. comunicación continua con el enfermo y la familia; considerando al paciente y no a la enfermedad como el verdadero centro de atención.

Estos principios supusieron un cambio radical en la práctica médica, desplazando la atención del control del tumor al control de los síntomas que este produce, “tratando de cuidar cuando ya no es posible curar” (Arranz, P. 2000; Bayés, R., 1996; Bayés, R., 1998; Die-Trill y Lopez, 2000).

La situación de enfermedad terminal tiene características específicas que la diferencian de otras fases de la enfermedad oncológica, entre las que se encuentran:

- A. Enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta relativamente estable
- B. Ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos.
- C. Pronóstico de vida probable inferior a 6 meses
- D. Impacto emocional intenso hacia el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitados por la proximidad de la muerte.
- E. Demanda constante de atención de por parte del paciente (Mongay, N, y Javaloyes, 2000).

Estas características crean una situación de tal complejidad que origina una fuerte demanda de atención y apoyo emocional, tanto por parte del enfermo como de la familia, por lo que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), recomienda las siguientes bases terapéuticas en la atención al paciente terminal:

1. Atención integral, individualizada y continua
2. Promoción de autonomía y dignidad en el enfermo
3. Atención al enfermo y su familia
4. Cuidar el clima relacional entre los miembros del equipo de salud

De acuerdo a lo anterior el abordaje asistencial en cuidados paliativos debe tener como focos de atención: al paciente, la familia y el equipo de salud (Die Trill y López Imedio, 2000).

Siguiendo esta línea de pensamiento se diseñó una estrategia de intervención psicológica, específica para el paciente, el familiar y el equipo de salud, detallando cada una de ellas a continuación:

3.2.1.2.1 Intervención psicológica con el paciente:

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, la fase terminal tiene un fuerte impacto emocional en el enfermo debido a que el paciente experimenta una situación única marcada por una muerte que sabe o presiente cada vez más cercana, el malestar del paciente requiere ayuda las demandas de información y la necesidad de cerciorarse de diversos aspectos de su realidad, así como algunas reacciones emocionales (Grau, J., y Chacón, R; 2000).

- Implicaciones psicológicas:

La entrevista semiestructurada, la observación directa y el auto reporte del paciente y familiares permitieron detectar que entre las implicaciones psicológicas que destacan en esta fase de la enfermedad se encuentran la tristeza, el miedo, la desesperanza, los pensamientos

catastróficos relacionados con ideas de desenlace dramático en donde el paciente expresa la creencia de que lo que acontece tendrá graves consecuencias, fantasías irracionales sobre las causas de la enfermedad o sobre lo que pasara, problemas de autoestima, de no valer para nada y ser un estorbo para los demás, agotamiento emocional, expresado con frecuencia con frases como: “ ya no puedo mas” “ estoy cansado de sufrir”; recuerdos negativos del pasado, agitación, y problemas de auto imagen.

- Meta de la intervención:

Remisión de sintomatología ansiosa y/o depresiva, detección de delirium para notificar al médico tratante.

- Intervención psicológica:

De acuerdo a lo anterior se propuso la siguiente línea de intervención:

- A. La intervención psicológica dio inicio con la evaluación del estado mental del paciente, por petición del Jefe del servicio con miras a detectar delirium o alguna alteración, para lo cual se utilizó el examen cognitivo Mini-Mental (Marshal, y Folstein, S. 1975).
- B. Identificación y evaluación de aquellos síntomas psicológicos (soledad, ansiedad, miedo, ira, dependencia, depresión, insatisfacción con la apariencia física, etc.) sociales (problemas familiares, económicos, etc.) y ambientales que se valoran como una amenaza importante para el paciente, valorándose a través de una entrevista semiestructurada (ver anexo 3) para los pacientes en fase terminal, elaborada para el servicio de cuidados paliativos, auto-reporte del enfermo, observación directa, además de completar la información con la aplicación de una entrevista semiestructura (anexo 4) para los familiares elaborada para este servicio y la revisión del expediente médico.
- C. Eliminar, atenuar o compensar los síntomas negativos por medio de técnicas cognitivo-conductuales.

D. Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo (capacidad de relajación, distracción, imaginación, auto diálogo positivo, etc.) con el objetivo de reducir la indefensión e incrementar su autonomía y percepción de control de su entorno.

E. Mejorar el estado de ánimo del enfermo, aumentar en lo posible, el grado de satisfacción del paciente, potenciando los estados de humor positivos y las relaciones sociales, utilizando técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas en el paciente.

F. Ayudar en el manejo de pendientes

- Resultados de la intervención:

En esta fase se atendieron a 104 pacientes de los cuales 58% presentó síntomas depresivos, el 32% síntomas de ansiedad y el 10 % delirium, como se observa en la figura 13.

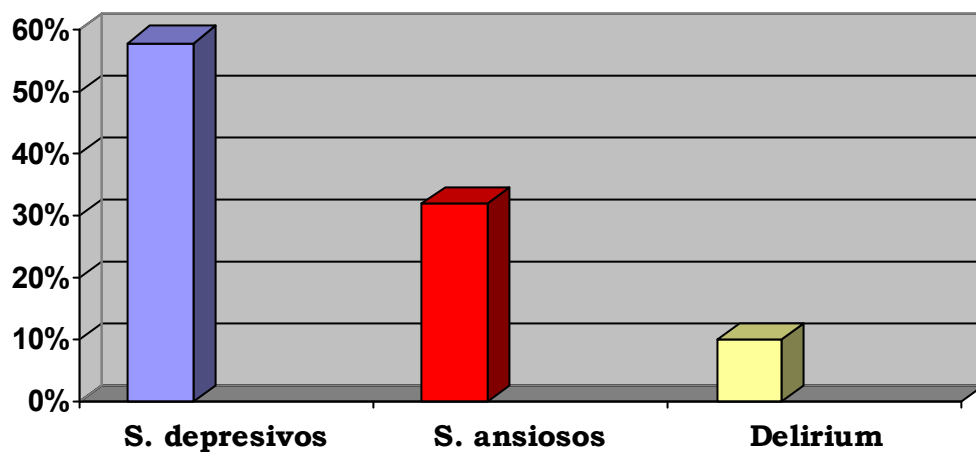


Figura 13. Muestra la prevalencia de síntomas psicológicos en los pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos.

3.2.1.2.2. Intervención psicológica con la familia:

La familia, supone el marco de desarrollo, crecimiento y apoyo del individuo de ahí la importancia y el peso que ésta tiene en acontecimientos vitales importantes, tales como la enfermedad terminal. La familia como sistema se ve afectada cuando uno de sus miembros sufre algún cambio reorganizándose tanto la estructura como las funciones de este sistema familiar (Barreto, M., y Espino, M. 1996).

Dado que la familia no es exclusivamente un conjunto de personas que comparten consanguinidad o afecto, sino que es también, en los términos de la subjetividad, un sentimiento que tiene cada sujeto: el sentimiento de tener o ser un miembro de la familia; nos referimos al sentimiento de pertenencia. Si este sentimiento está debilitado en el enfermo o amenazado, entonces el equipo comienza a apreciar que para el paciente, la familia se ha convertido en otro síntoma más, en otra preocupación o malestar. Dado que uno de los criterios para una buena muerte incluye preservar o restaurar la continuidad de los vínculos significativos del enfermo, el Equipo de Cuidados Paliativos, se enfrenta a la tarea de ayudar al paciente a restaurar su sentimiento de pertenencia su percepción de ser un miembro, a tener un lugar entre la red de vínculos y apegos familiares. Para conseguirlo en la mayoría de las ocasiones, el equipo necesitará obtener la colaboración de los más íntimos del paciente a quienes tendrá que evaluar. Las familias tienden a asignar el rol de cuidador a uno o dos de sus miembros, quienes asumen el papel de interlocutores con el Equipo de Cuidados Paliativos asumen la mayor parte de responsabilidad en los cuidados de la vida diaria del paciente (Quinn, W. 1996).

Hemos de considerar a la familia como personas afectivamente relevantes para el pacientes al menos desde dos vertientes: como dadores y también receptores de cuidados, en el primer caso la familia supone fuente de afecto y de cuidados más importante para el paciente, además de enfrentarse a su propio dolor y a los múltiples cambios que impone la enfermedad, han de proveer de apoyo emocional y cuidado

físico a la persona enferma. La situación de terminalidad provoca cambios radicales en el día a día de la familia, se da una ruptura de la rutina normal y se incrementan los niveles de estrés. Gómez Sancho, (2003), mencionan que entre los principales efectos del cáncer en fase terminal sobre la familia se encuentran:

- Tensión emocional
- Demandas físicas asociadas con el cuidado del paciente
- Miedo a la muerte como pérdida irreversible
- Temor a no ser capaz de cuidar adecuadamente a su paciente
- Miedo a encontrarse solo en casa en el momento de la muerte
- Alteración en los roles familiares y el estilo de vida
- Preocupación sobre como cuidar a l paciente
- Inadecuada percepción de los servicios de apoyo

Aunque en la mayoría de los familiares no suelen presentar alteraciones que necesiten atención especializada se ha encontrado que un 20% los familiares se encuentran más alterados emocionalmente que los propios pacientes (Astudillo, A. W., 2001).

Dado que la experiencia de tener un familiar que se encuentra enfermo y que ha llegado a la situación de terminalidad supone una experiencia muy difícil para la familia y que su capacidad de adaptarse a ella dependerá de múltiples factores intrínsecos y extrínsecos: capacidad de adaptación, flexibilidad del sistema, momento del ciclo vital, recursos existentes en cada miembro y en el sistema como tal, contexto social y económico, así como situaciones previas de enfermedad y muerte. (Meseeguer, C., y Urquijo, F; 2000).

Por lo tanto se debe trabajar no sólo con el paciente, sino también con la familia dado que son parte integral del cuidado paliativo y cuando la experiencia de la enfermedad terminal es un evento difícil de afrontar, los cuidados paliativos han demostrado disminuir en gran medida el sufrimiento del paciente y la familia.

Teniendo como objetivo capacitar a las familias para enfrentarse a esta nueva situación (cuidar a su familiar en su casa y no en el hospital) a través de:

1. Sacar a la luz los recursos existentes de la familia (usados en otras situaciones de crisis)
2. Información completa acerca de la fase que están pasando y de los tratamientos utilizados
3. Administración de los recursos humanos
4. Reestructuración de roles y reparto de tareas
5. Balance decisorio y solución de problemas

- Implicaciones psicológicas:

Como ya se mencionó la familia constituye la principal fuente de cuidado del enfermo y partiendo de la base que *asistir* a una apersona querida que esta muriendo implica una tensión emocional importante que incluye: miedo al sufrimiento de su familiar, temor de que el paciente no este recibiendo la atención adecuada o de que sea abandonado, temor a hablar con el paciente, sentimientos de culpa, miedo de estar ausente o de estar solo cuando su familiar fallezca entre otros, así como un desgaste físico, los cuidados paliativos contemplan la necesidad de incluir a la familia en su enfoque asistencial cotidiano.

- Meta de la intervención:

Aumentar los recursos de las familias y Prevenir o disminuir sintomatología, ansiosa o depresiva y claudicación familiar.

- Intervención psicológica:

Cabe mencionar que la intervención psicológica a familiares en un principio se realizaba durante la visita domiciliaria, sin embargo el tiempo no permitía atender al paciente y al familiar durante el lapso de tiempo de la visita a la casa del enfermo, ni tampoco se les podía dar cita a la consulta externa de psicología por la demanda de trabajo en esta área, se hablo con el jefe del servio para que al personal de psicología (especialista en medicina conductual y psicólogas prestadoras de servicio) se le abriera un espacio en una de las salas del área de hospitalización asignada para sesiones médicas, para atender a

los familiares de los pacientes en esta fase de la enfermedad, por lo que a partir del primer trimestre del año 2003, los días miércoles de 4 a 6 de la tarde se abrió el taller titulado: Terapia grupal de apoyo a familiares de pacientes en etapa terminal, en donde la intervención estuvo dirigida a:

- A. Brindar apoyo emocional para el afrontamiento de la situación actual y la pérdida inminente.
- B. Psicoeducación acerca de la enfermedad, los tratamientos y los recursos que puede usar para ayudar a su familiar enfermo.
- C. Asistencia durante el duelo para impedir reacciones desadaptativas y disminuir el impacto negativo.
- D. Entrenamiento y participación de los familiares en las tareas y decisiones de cuidado, intentando promover en todo momento sensaciones de control y utilidad.

- Resultados de intervención:

Se atendió un total de 256 familiares en donde el 75% fueron del sexo femenino y 25% del sexo masculino, encontrando que los diagnósticos psicológicos que más prevalecen en los familiares de pacientes con cáncer terminal son los que se concentran en la figura 14.

Diagnósticos psicológicos más comunes en familiares

Pensamientos catastróficos	Nerviosismo
Fantasías irracionales	Culpabilidad
Sentimientos de incompreensión	Tristeza
Déficit de información	Agresividad
Quejas y demandas constantes	Miedo
Déficit en habilidades sociales	Hostilidad

Figura 14. Muestra los diagnósticos psicológicos que más prevalecen en los familiares de pacientes con cáncer.

La eficacia de la intervención se efectuó por medio de la observación directa de cambio de conducta y actitud, así como desarrollo de estrategias de afrontamiento más adecuadas, disminución de sintomatología ansiosa, auto-reporte por parte del personal médico de mejoría en cuanto a la adherencia al tratamiento específicamente al uso de morfina.

Como dato importante se debe mencionar que dado el impacto de este taller en los familiares y el personal de salud, se solicitó la presentación del mismo en el Congreso Nacional de Psicooncología efectuado en el auditorio del Instituto Nacional de Cancerología.

3.2.1.2.3 Intervención psicológica con el equipo de salud

En el ámbito de cuidados paliativos, el equipo de salud se encuentra diariamente con situaciones potencialmente estresantes, debido a que la atención del paciente en fase terminal implica el estar en contacto con el sufrimiento del otro, la toma de decisiones rápidas, la sobrecarga de trabajo, la necesidad de recibir y manejar bien la información, entre otras, constituyen altas fuentes de estrés que tienden a generar gran impacto emocional en el equipo de trabajo, en algunos casos ocasionando síndrome de burnout, como una respuesta al estrés laboral crónico (Aguirán, C., 2000).

Maslach, C; y Jackson, S; (1997), mencionan que el síndrome de burnout es un proceso dimensional que implica tres dimensiones:

1. Cansancio o agotamiento emocional: disminución de recursos emocionales, acompañado del sentimiento de que no hay nada que hacer.
2. Despersonalización: actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja.
3. Autorrealización personal: su disminución implica la autoevaluación negativa hacia sí mismo como profesional y hacia el propio trabajo.

Pueden ser múltiples las variables que intervienen en el proceso de agotamiento, de acuerdo con Peiró, G., (1996), estas derivan de tres fuentes principales:

- a. El propio trabajo: debido a que el profesionalista tiene contacto constante con el dolor y la muerte, el conocer las situaciones personales del enfermo terminal, las relaciones establecen con la familia, la frustración por no poder solucionar muchas dificultades que surgen etc.
- b. La organización: falta de recursos materiales, escasez de personal y situaciones ambientales desfavorables.
- c. Personales: historia personal de enfermedad similar de personas vinculadas afectivamente al profesional de cuidados paliativos y/o pérdidas recientes, baja tolerancia a situaciones frustrantes, o falta de formación dado que en la escuela se enseña a “curar”, pero no a aceptar que “sólo” se puede aliviar cuando la situación es irreversible, o a tener que dar estas noticias difíciles al paciente y/o a la familia.

Las consecuencias del burnout son negativas tanto para el profesional de salud como para el equipo de trabajo y el mismo paciente que ven disminuida la calidad de los servicios que presta, por lo tanto se hace necesario prevenir, detectar y tratar el síndrome de burnout en el personal de salud.

- Implicaciones psicológicas:

Como ya se menciona en párrafos anteriores el agotamiento profesional puede tener efectos psicológicos negativos entre los que destacan irritabilidad hipersensibilidad a la crítica sentimientos de impotencia indecisión sobre implicación emocional conductas de evitación agresividad o pesimismo.

- Meta de la intervención:

Aumentar los recursos de las familias y Prevenir o disminuir sintomatología, ansiosa o depresiva y claudicación familiar.

- **Intervención psicológica:**

Con el personal de salud la intervención psicológica se inició con una la Evaluación del síndrome de burnout a través de observación directa, la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, C. y Jackson S, 1997) y autoreporte del personal.

Después de la evaluación, la intervención psicológica consistió en prevenir la aparición del síndrome de burnout, a través de:

- a. Psicoeducación del síndrome de burnout
- b. Entrenamiento en habilidades para la relación terapéutica
- c. Dotar de estrategias de para el manejo de situaciones problemáticas (como dar malas noticias)
- d. Ayudar al manejo de sus propias emociones ante la situación terminal

- **Resultados de intervención:**

La evaluación psicológica para la detección de síndrome de burnout permitió observar que la mayoría del personal que compone el equipo de trabajo de cuidados paliativos fue evaluado con estrés leve y moderado, como se puede observar en la figura 15, por lo que la intervención psicológica estuvo dirigida a dotar de estrategias de afrontamiento que les permitieron disminuir sus niveles de estrés y por lo tanto prevenir la aparición de agotamiento profesional.

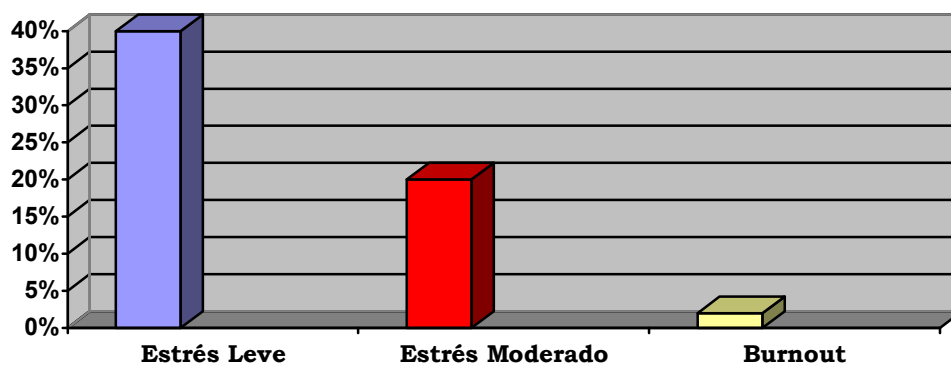


Figura 15. Muestra los resultados obtenidos en el equipo de cuidados paliativos en la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach.

Como se observa en la figura anterior sólo uno de los miembros del equipo fue evaluado con Burnout en el Inventario, lo que fue confirmado mediante la observación directa y una entrevista con el implicado, por lo que en este caso en particular la intervención psicológica se brindó de forma individualizada consistente en el entrenamiento de habilidades sociales y tolerancia a la frustración.

3.3 Actividades diarias programadas:

El psicólogo residente además de las actividades asistenciales debe desarrollar actividades programadas propias del servicio en el área de hospitalización, consulta externa y visita domiciliaria como se detalla a continuación.

Área de hospitalización:

- Visita a Piso lunes y viernes en conjunto con el personal médico, para detectar a los pacientes que requieren intervención psicológica.
- Evaluación psicológica del dolor.
- Valoración del estado mental del paciente con tratamiento a base de opiáceos, para descartar alteraciones cognitivas como delirium.
- Aplicación de examen Mini-Mental, por petición del Jefe del servicio, con el fin de conocer el estado mental del paciente.
- Elaboración de Nota Clínica con formato SOAP, en el expediente médico de la paciente.
- Intervención en Crisis posterior a la comunicación de malas noticias (Que no funcionó la cirugía o la quimioterapia y que pasará a cuidados paliativos).

Área de Consulta Externa:

- Asistencia a la consulta externa con el fin de detectar pacientes que requieren apoyo psicológico.
- Atención a pacientes que requieren psicoeducación en cuanto al manejo de morfina y toma de rescates para fortalecer la adherencia terapéutica.
- Consulta Psicológica dirigida a pacientes de primera vez y subsecuentes.
- Elaboración de Nota Clínica con formato SOAP, en el expediente médico de la paciente.
- Elaboración de historias clínicas.

Área de Visita Domiciliaria:

- Asistencia a la visita domiciliaria como integrante del equipo multidisciplinario.
- Identificar y evaluar síntomas psicológicos que se valoren como una amenaza importante para el paciente, la familia o el equipo de salud.
- Eliminación o disminución de los síntomas negativos a través de la intervención psicológica.
- Manejo de duelo anticipado con los niños (hijos de la paciente) por petición del paciente o los familiares.
- Elaboración de Nota Clínica con formato SOAP, en el expediente médico y elaboración de historias clínicas.

Con la realización de estas actividades programadas se atendió un total de 307 pacientes durante el año 2003, en donde el 42% se atendió en el área de hospitalización, el 31% en la visita domiciliaria y el 27% en la consulta externa.

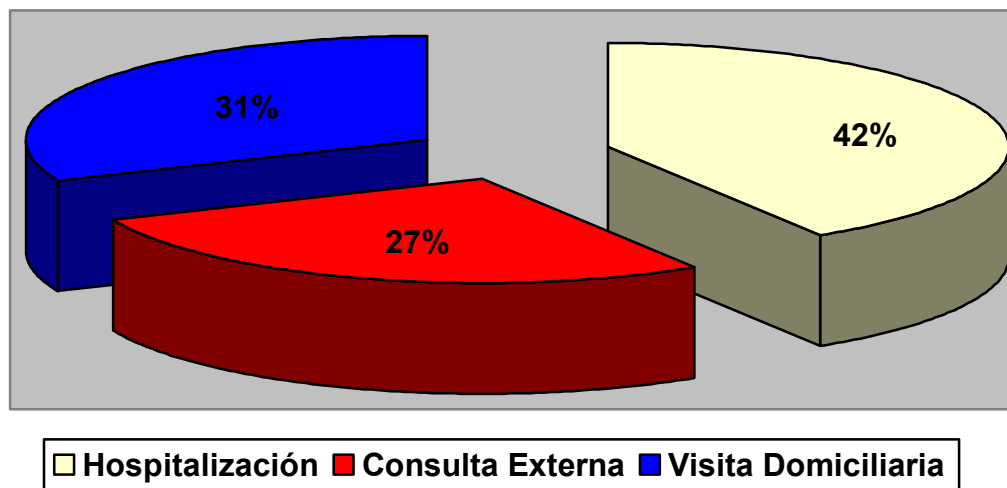


Figura 17. Muestra el total de pacientes atendidos en cada uno de los servicios de la clínica del dolor y cuidados paliativos.

3.4 Actividades académicas

Durante el año de rotación 2003, realice las siguientes actividades académicas:

- Asistencia a clases de algología y cuidados paliativos todos los días de 7 a 8 am, en conjunto con los médicos residentes.
- Asistencia a la *Sesión Medica* que se imparte diariamente en el auditorio del INCAN de 4 a 5 pm.

- Asistencia a las sesiones académicas los días miércoles de 9 a 2 de la tarde en conjunto con los médicos residentes del INCAN y Nutrición, en donde se presentan casos clínicos y se exponen los aspectos psicológicos de cada caso, además de realizar revisión de material bibliográfico.
- Asistencia a *Supervisión Académica* una vez por semana dentro de la sede hospitalaria con el fin de revisar material bibliográfico y discutir casos clínicos.
- Asistencia a reuniones con la *Supervisora In situ* una vez por semana para asesoría clínica.

3.5 Otras Actividades

Además se realizaron actividades no programadas entre las que destacaron:

- Coordinación de psicólogos prestadores de servicio.
- Sesiones diarias al final de la jornada de 3 a 4 hrs. con los psicólogos prestadores de servicio social, para coordinación de actividades y supervisión de casos.
- Reuniones con el equipo de psicología, trabajo social y tanatología con el fin de prevenir burnout.

3.6 Asistencia a reuniones profesionales:

El especialista en medicina conductual debe contemplar entre sus actividades la asistencia a reuniones académicas.

- Como Ponente:

La función del psicólogo en escenarios hospitalarios

Foro: Cáncer en el hombre un enfoque multidisciplinario

UNAM, Facultad de Psicología

Detección y manejo del síndrome de burnout

Curso: Atención al paciente en Clínica del dolor y cuidados paliativos

INCAN

Intervención psicológica en familiares del paciente terminal

2º Congreso Nacional de Psico-Oncología

INCAN

Intervención psicológica en el manejo del dolor

Congreso: Cuidados Paliativos y Alivio del dolor

Instituto Nacional de Cardiología

Estrés en el personal de salud

Curso: Atención a los pacientes en las etapas de la vida

INCAN

- Como asistente:

XXI Reunión Nacional Médica de Cancerología

Boca del Río Veracruz, Ver.

I Simposio Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos

Instituto Nacional de Pediatría

Cd. México.

III Congreso Internacional de “Síndrome de Agotamiento Laboral”

Universidad Autónoma de Guadalajara

Guadalajara, Jal.

3.7 Actividades de investigación

Durante la rotación 2003, debido a la carga de trabajo en el área asistencial y académica, no se realizaron actividades de investigación.

IV. COMPETENCIAS PROFESIONALES

Como se menciona en los antecedentes de este reporte de experiencia profesional, el programa de residencia en medicina conductual tiene como *objetivo general*:

Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en medicina conductual con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria, así los egresados deben contar con los conocimientos y competencias necesarias para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer multidisciplinario tanto a nivel individual como grupal (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001. Pp. 19.).

Dicho objetivo se cumplió satisfactoriamente dado que durante mis años de residencia logre desarrollar las siguientes competencias:

4.1 Competencias a nivel de conocimientos:

- Evaluar y diagnosticar en problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de salud.
- Seleccionar, aplicar y evaluar técnicas y procedimientos adecuados para dar solución a problemas psicológicos, fundamentando las elecciones en el modelo cognitivo-conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud.
- Con base en los resultados de evaluación, refinar programas de intervención, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del paciente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.

- Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.

4.2 Competencias a nivel de experiencia profesional:

- Dominio de habilidades sociales para la realización de trabajo en equipo con el personal médico y paramédico.
- Habilidad para elaborar nota clínica bajo el formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Acción y Plan) que es el modelo preponderante en el área médica, las cuales facilitan la comunicación con otros profesionales de la salud.
- Incremento en las habilidades de evaluación diagnóstica
- Diseño de intervenciones psicológicas focalizadas y sistemáticas
- Incremento en la evaluación de la eficacia a través de los efectos de la intervención.
- Habilidades para reportar y comunicar resultados de forma clara y objetiva.
- Preparación y presentación de exposiciones en diversos escenarios.
- Canalización a instituciones especializadas para casos psiquiátricos.
- Incremento de habilidades y técnicas de investigación.
- Desarrollo de habilidades necesarias para asegurar el consentimiento informado del paciente.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional. Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de salud.
- Acercamiento a las intervenciones de urgencia, principalmente ante crisis depresivas, de angustia, maltrato doméstico, víctimas de delitos sexuales, comunicación de enfermedades graves o ante toma de decisiones durante la hospitalización.
- Ejercicio de valoraciones del estado mental en pacientes con enfermedades avanzadas específicamente valoración de delirium.
- Habilidades para diseño de material psicoeducativo.

4.3 Competencias adquiridas a nivel de actitudinal:

Durante el período de formación se hizo énfasis en el desarrollo e incorporación de las siguientes actitudes y valores para el ejercicio responsable de la profesión:

- Actitud ética hacia el ejercicio de la disciplina.
- Respeto del código ético de la profesión.
- Actitud de respeto, confidencialidad y compromiso en relación a la satisfacción de la demanda del paciente.
- Valoración de los alcances y limitaciones disciplinarias y personales.
- Actitud de compromiso a realizar una actualización permanente.
- Actitud de respeto y sensibilización a las demandas y necesidades sociales.

4.4 Competencias adquiridas a nivel personal:

- Desarrollo de tolerancia a la frustración dadas las condiciones de los pacientes.
- Uso de auto-control para el manejo de estrés.
- Aprender a trabajar bajo presión debido a la sobrecarga de trabajo.
- Mejorar habilidades de observación para identificar y anticipar posibles indicadores de problemas psicológicos de los pacientes.
- Desarrollo de habilidades asertivas.
- Desarrollo de habilidades sociales para el trabajo con otros profesionales de la salud.
- Identificación de necesidades de formación profesional.
- Aprender a informar de manera prudente a los pacientes, es decir, no proporcionar más información de la que están solicitando, ni anticiparse con consecuencias negativas.
- Incremento de los niveles de tolerancia a la frustración ante las características de la población, las consecuencias de los padecimientos (enfermos terminales) y en algunos casos ante los obstáculos encontrados en algunos miembros del personal de salud.

Dadas las competencias alcanzadas, puedo decir que a lo largo de mis años como residente además de cumplir el objetivo general de la maestría, también pude cumplir mis objetivos personales encaminados a:

- Lograr que las actividades asistenciales fueran efectivas y eficientes ante la percepción de los pacientes, es decir que consideraran que la intervención les ayudó a mejorar su calidad de vida.
- Estructuración de la intervención psicológica en los servicios asignados, que permitieran servir de guías a futuros especialistas en medicina conductual que rotaran en estos servicios y que ayudara al personal médico y de enfermería conocer las funciones del psicólogo especialista en medicina conductual, además de que percibieran el trabajo psicológico como algo sistematizado.

Por lo que mis intervenciones ayudaron en la respuesta de adaptación de los pacientes a su enfermedad y a satisfacer las necesidades de los servicios asignados.

V. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

5.1 Evaluación de las sedes asignadas

Como he mencionado a lo largo de este documento durante mi primer año de residencia estuve asignada a un hospital de segundo nivel de atención a la salud: “Hospital de la Mujer” en el servicio de oncología. En esta sede se encontró en un principio, que el personal médico no tenía clara la función, ni las actividades del psicólogo, además de presentar encarnizamiento terapéutico, por lo que fue necesario sensibilizar al personal médico y de enfermería a la presencia y actividades del psicólogo, a través de la presentación de casos en reuniones informales, comunicación estrecha acerca de los aspectos psicológicos implicados en el cáncer de forma directa o indirecta a través de la nota clínica, asistencia a la clínica conjunta y la impartición del seminario titulado: Intervención cognitivo-conductual en el servicio de oncología, lo que promovió el trabajo en equipo de forma multidisciplinaria, además de lograr que fuera reconocido y respetado el papel del psicólogo, lo que se vio reflejado en la petición constante por parte del jefe del servicio ante la dirección, de abrir un consultorio dentro del servicio de oncología, exclusivo para la atención psicológica de los pacientes.

Durante mi segundo año estuve asignada al Instituto Nacional de Cancerología, en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos, encontrando que tanto el personal médico, de enfermería y trabajo social, están sensibilizados a la presencia y actividades de psicólogo, por lo que consideran a este último una parte esencial del equipo multidisciplinario, lo cual facilita y promueve el desarrollo de diversas actividades.

De tal forma considero que las dos sedes a las que fui asignada representan un lugar idóneo para la formación y el desarrollo profesional del residente en medicina conductual, a pesar de que en ambas sedes se encontró que el supervisor in situ, tenía como marco de

referencia teórico metodológico un enfoque diferente al cognitivo-conductual, lo que en ocasiones limita el desarrollo profesional, dado que la retroalimentación en cuanto a los casos clínicos no aporta elementos significativos.

5.2 Evaluación de las actividades desarrolladas en las sedes

Durante el primer año de residencia, las actividades diarias y las asistenciales desarrolladas en el servicio de oncología del Hospital de Mujer, promovieron el desarrollo de una serie de habilidades y competencias como el acostumbrarme a la enfermedad y tener cierto grado de optimismo dado que en este nivel de atención a la salud aún se trabajo con objetivos curativos, tanto en las mujeres con problemas gineco-obstétricos como en las pacientes con padecimientos oncológicos.

En esta sede, una de las actividades que más me ayudo en mi desarrollo profesional fue la atención psicológica en la consulta externa debido a la variedad de padecimientos y la gran cantidad de demanda del servicio, lo que me ayudo a promover y fortalecer mis habilidades en la *entrevista clínica* en cuanto a la focalización de problemas específicos relacionados con el problema de salud, *evaluación diagnóstica* y en el *diseño de programas de intervención breves* (6 a 8 sesiones).

Las actividades diarias realizadas en el servicio de oncología me permitieron en primera instancia potenciar mis habilidades sociales para lograr el trabajo en equipo, aceptando la dependencia de otras disciplinas principalmente el área médica, así como promover habilidades y competencias necesarias para la atención psicológica de pacientes oncológicas y sus familiares, destacando las habilidades de *observación* para identificar y anticipar indicadores de inadaptación por parte de las pacientes a la situación de enfermedad y de *análisis* en cuanto a las implicaciones psicológicos que se establecen en cada una de las etapas de la enfermedad.

La atención de ínter consultas en otros servicios del hospital ante situaciones de urgencias como: crisis de angustia o depresión por violencia intrafamiliar, delitos sexuales, pérdidas gestacionales recurrentes, información de malas noticias etc., me permitieron fortalecer mis habilidades de intervención en crisis, además de ayudarme a reconocer y aceptar mis limitaciones en cuanto a mi conocimiento, incrementando mis habilidades para canalizar a instituciones correspondientes.

Durante mi segundo año de residencia estuve asignada al servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología, el cual pertenece a un tercer nivel de atención a la salud, durante este año las actividades diarias y las asistenciales promovieron el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la atención del paciente en la etapa terminal de la enfermedad y la atención a sus familiares.

En esta sede, la actividad que más me ayudó en mi formación profesional fue la visita domiciliaria dado que me permitió fortalecer mis habilidades de comunicación y empatía con el paciente e incrementar mis niveles de tolerancia a la frustración ante la situación de enfermedad, además fortaleció mis habilidades sociales para lograr el trabajo multidisciplinario.

En la clínica del dolor y cuidados paliativos además de tener gran demanda a nivel de actividades asistenciales también hay un alto grado de exigencia en actividades académicas lo que permitió la presentación constante en foros y congresos como ponente, propiciando el potenciar mis habilidades sociales para la preparación y presentación de exposiciones en foros institucionales y desarrollar la necesidad de actualización continua en el área.

La actividad continua de impartición de clases a médicos residentes, y la participación semanal en la presentación de casos médicos con la explicación de los aspectos psicológicos, me permitió incrementar mis

habilidades en cuanto a la comunicación de manera concreta, breve y sistemática de los aspectos psicológicos de los pacientes al personal médico.

La actividad diaria de supervisión clínica y capacitación académica a psicólogos prestadores de servicio social, fortaleció la habilidad de transmisión de conocimientos a otros profesionales.

En resumen puedo decir que el hecho de haber estado en primer instancia en un hospital de segundo nivel y posteriormente en uno de tercer nivel, me brindo la posibilidad de que el desarrollo de mis habilidades y competencias se diera de forma gradual y progresiva, ayudándome en el manejo de estrés y autocontrol logrando un nivel de autonomía en la realización de actividades diarias.

5.3 Evaluación del sistema de supervisión

El programa de residencia en medicina conductual marca menciona que un elemento central del modelo de formación lo constituye la supervisión académica e in situ, la cual debe ir disminuyendo progresivamente en la medida que el especialista avanza en su residencia (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001. Pp 20.).

Por lo que se hace énfasis en que el residente de primer año estará en contacto directo y continuo con los supervisores, mientras que en el residente de segundo año disminuirá la vigilancia de estos, hasta volverse autónomo en sus en la realización de sus actividades, en este sentido considero que se lograron los objetivos de la supervisión.

5.3.1 Supervisión in situ

Fue enriquecedora en cuanto al manejo administrativo y al manejo de grupo, sin embargo en ambas sedes los supervisores in situ poseían un modelo teórico metodológico diferente al que propone la residencia en medicina conductual, por lo que en ocasiones la discusión de casos clínicos y manejos terapéuticos se tornaba difícil o bien poco significativa.

5.3.2 Supervisión académica

Considero que este tipo de supervisión fue la que más me ayudo en mi formación profesional debido a la disposición y el alto grado de conocimientos del supervisor.

5.4 Evaluación de las competencias alcanzadas

Para esta evaluación considere necesario realizar un análisis comparativo entre el perfil profesional de egreso que propone el programa de estudios de la residencia en medicina conductual y las competencias alcanzadas.

Por lo que a continuación se cita cada una de las competencias que marca el programa como área de dominio en el alumno egresado, y el grado de desarrollo alcanzado para cada una de ellas, en términos de adquisición, ejercicio y dominio.

- En cuanto a evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de salud, considero que es una competencia que logre dominar, dado que se realiza un ejercicio diario de esto en las instituciones de salud.

- Mientras que la competencia de generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área, son una competencia que solo logre a nivel de conocimiento y no de dominio por el poco ejercicio a nivel práctico.
- El ejercicio continuo en cuanto a la selección de técnicas y procedimientos adecuados para mi intervención profesional, fundamentando mis elecciones en el modelo cognitivo-conductual, es una actividad diaria que desarrolle en el escenario hospitalario, siendo este último un ambiente idóneo para el desarrollo de esta competencia, dado que la gran demanda de pacientes, además del amplio rango de edad, así como el atender a las personas desde una fase prediagnóstica hasta la fase terminal de la enfermedad, y la gran cantidad de motivos por los que puede ser hospitalizada una persona, hacen que las posibilidades de atención psicológica sean tan variados que fue necesaria la adaptación individual de diversas técnicas y procedimientos de intervención de manera que el ejercicio continuo de esta actividad me permitió el dominio de esta competencia.
- En cuanto a la evaluación de la eficacia de los programas de intervención en el área de salud, considero que es una competencia que logre dominar, dado que como mencione en este informe, esta competencia forma parte de las actividades diarias en el contexto hospitalario.
- El área de competencia referente a refinar la intervención con base en los resultados de evaluación, constituye una actividad que se realiza de manera continua en la atención psicológica del paciente, por lo que es una competencia que logre dominar de manera que responda adecuadamente a las necesidades del paciente y de la sociedad.

- El generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud, es una competencia que debido al ejercicio constante se logra dominar.
- Indudablemente el trabajo multidisciplinario es una competencia que enriquece a todos los profesionales relacionados con la atención de la salud, puesto que así el paciente no es fragmentado en lo físico, lo psicológico y lo emocional, sin embargo es algo difícil de lograr ya que requiere del desarrollo de habilidades sociales que favorezcan la comunicación con los demás miembros del equipo, afortunadamente el incorporarme a los servicios a los que fui asignada me permitió el dominio de esta competencia, al acostumbrarme a trabajar con otros profesionales de la salud, además de aprender a valorar los recursos humanos disponibles para mejorar el funcionamiento psicológico de los pacientes, teniendo en cuenta las habilidades y disposición de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos.

En resumen puedo decir que las competencias profesionales alcanzadas permitieron identificar las necesidades psicológicas de pacientes con cáncer en cada una de las etapas de la enfermedad, evaluar e intervenir en una amplia variedad de problemáticas emocionales, cognoscitivas y conductuales que presentan personas con padecimiento oncológico y en mujeres que presentan algún padecimiento gineco-obstétrico y que por algún motivo se encuentran hospitalizadas, así las intervenciones realizadas demostraron su efectividad de distintas maneras entre las que destacan la remisión o reducción de sintomatología ansiosa y/o depresiva, la adherencia a tratamientos médicos (por ejemplo aceptación de QT o QX o bien aceptar la toma de morfina), logrando así coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Lo anterior me permite concluir que durante mis dos años de formación como especialista en medicina conductual logre dominar una serie de competencias y habilidades que me permitieron alcanzar el perfil profesional de egreso que propone esta residencia, de tal forma que los objetivos fueron cumplidos.

CONCLUSIONES

Como se puede a lo largo del informe, el haber finalizado una maestría en psicología con residencia en medicina conductual, rebaso el cumplimiento de mis objetivos personales y profesionales. Puesto que el programas académico que se desarrolla en la residencia esta basado en un modelo de entrenamiento práctico bajo supervisión, lo que permitió el “aprender haciendo”, alcanzando una serie de competencias y habilidades de diagnostico prevención, tratamiento y rehabilitación desde un enfoque cognitivo-conductual, alcanzadas en el sitio de práctica profesional.

La residencia en medicina conductual también me brindo la oportunidad de desarrollar otras habilidades, como el acostumbrarse a trabajar con otros profesionales de la salud, aceptando en muchos casos la jerarquía de estos en el organigrama del equipo multidisciplinario. Además, de aprender a valorar los recursos humanos disponibles para mejorar el funcionamiento psicológico de los pacientes, así cómo establecer estrategias de comunicación para lograr el trabajo en equipo de forma multidisciplinaria. Lo anterior implica estudiar y prevenir aspectos del servicio que afectan el rendimiento del equipo de salud, tales como el burnout.

Es claro que aún queda mucho por hacer para que el especialista en medicina conductual en nuestro país sea un miembro del equipo de salud, ya que en la actualidad no es considerado un factor fundamental en el área de salud, reflejo de ello es que no hay psicólogos suficientes en las instituciones hospitalarias para atender las necesidades de todos los pacientes, recurriendo así a la terapia grupal para hacer frente a la demanda de servicio sin embargo, no debemos olvidar que cada paciente es una persona única , con necesidades , deseos y esperanzas y circunstancia particulares, por lo tanto hay que individualizar las intervenciones psicológicas.

REFERENCIAS

- Aarnson, N. y Beckman, J. (1987). *The quality of life of the cancer patient*. Nueva York: Raven Press.
- Aguirán, C. (2000). *El estrés ocupacional en medicina paliativa: estrategias psicológicas de intervención*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychologis*. 389-404.
- Arranz, P. (2000). La comunicación con el paciente en fase terminal. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Arranz, P., y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En E, Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Astudillo, A. W. (2001). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. España: Panamericana.
- Bakal, D. A. (1996). *Psicología y Salud*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C., Gauthier, J., y Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 563-571.
- Barber, J. (2000). Evaluación psicológica del paciente con dolor. En J. Barber (Ed.) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión: una guía clínica*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

- Barofsky, I. y Sugarbaker, P. (1990). Cancer en B. Spilker (ed.) *The quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York: Raven Press.
- Barreto, M., y Espino, M. (1996). La familia del paciente en fase terminal. *Medicina Paliativa* 3,4.
- Barreto, M. (2000). El Counselling como instrumento terapéutico. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer. En M. González-Barón (Ed.), *Tratado de Medicina Paliativa*. Madrid: Panamericana.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y la muerte. *Anuario de Psicología*, 29. Pp 5-17.
- Bónica, J., y Loesser, J. (2001). History of pain concepts and therapies. En J.D. Loesser, S.H. Butler, C.R. Champan, y D.C. Turk, (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp.3-16). Londres: Lippincott, Williams &Wilkins.
- Buceta, J., Bueno, A., y Mas, B. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid, España: Dikinson.
- Buela-Casal, G. y Miró E. (1996). Evaluación del dolor crónico. En G. Buela-Casal, V. Caballo, J. Sierra (eds.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Carrobles, J.A. (1993). La psicología de la salud: estado actual y perspectivas futuras. En X. Bornas, G. Buela-Casal, V. Caballo (Comps.) *Manual de Psicología Clínica y Aplicada*. Madrid, Siglo XXI.
- Cella, D. y Tulsky, D. (1993). Quality of life of the Cancer: Definition , Purpose and Method of measurement. *Cancer investigacion*. 11, 327-336.

- Cruzado, J., Olivares, M., y Fernández, B., (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama. En D. Maciá, F., Méndez y J., Olivares. *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Cruzado, J., Olivares, M., y Fernández, B., (1996). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Buceta, J., y Bueno, A. (Coordinadores). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid, España: Pirámide.
- DeGood, D., Crawford, A., y Jongsma, A. (1999). *The behavioral medicine planner*. New York: John Wiley and Sons.
- Die-Trill y López, I. (2000). Filosofía y principios de cuidados paliativos. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Duran E. e Ibañez, E. (1990). *El dilema de informar a un paciente con cáncer*. Valencia: Nau Libre.
- Duran, E., e Ibañez, E. (1992). Consideraciones en psicología oncológica. *Psicología de la salud y estilos de vida*, Valencia: Promolibro.
- Fallowied, L. (1990). *The quality of life*. Nueva York: Condor Book.
- Fawzy, F. y Fawzy, N. (1994). Psychoeducational interventions and health out-comes. En R. Glaser y J. Kiecolt-Glaser (eds.) *Human Stress and Immunity*. Nueva Cork: Academia Press.
- Gómez, Sancho. (2000). ¿Decir o no la verdad en cuidados paliativos? En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Gómez, Sancho. (2003). *Avances en cuidados paliativos Tomo I*. España: Gafos.

- Grau, J. y Chacón, R. (2000). El dolor: Aspectos psicológicos. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Hull, M., (1990). Family need and supportive nursing behaviours during terminal cancer. New York: Guilford Press.
- Imedio, L. y Luque, J. (2000). Principios y filosofía de cuidados paliativos. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Kash, K. (1998). Psychological, social, and ethical issues in gene testing. En J. C. (ed.) *Pssycho-Oncology*. Nueva York: Oxford.
- López, S., Pastor, M., y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Maslach, C. y Jackson, (1997). *Inventario de Burnout de Maslach (IBM)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Marshal, y Folstein S. (1975). Examen Mini-Mental. *Jorunal of psychiatry Research*.
- Melzack, R. y Wall, P., (1982). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Merskey, H. (1994). *Classifications of chorinc pain. Descriptions chorinc pain síndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Meseguer, H., y Urquijo, C. (2000). Intervención psicológica con la familia del paciente en fase terminal. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.

- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico: Procedimientos de Evaluación e Intervención Psicológica*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Miró, J. (2000). Preparación Psicológica para intervenciones Quirúrgicas. *Revista de Psicología de la Salud*. Vol. 9, 45-91.
- Mongay, C., y Javaloyes, B. (2000). Proceso de adaptación psicosocial en fase terminal. En Die, Trill y López, Imedio (Comps.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Moorey, S. y Creer, S. (1989). *Psychological therapy for patients cancer* Londres: Heineman.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., Y Housts, P. (1999). *Helping cancer patients cope* (2a ed.) Washington, EE.UU.: American Psychological Association.
- Peiró, G. (1996), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional. (2001). *Programa de Residencia en Medicina Conductual* (folleto). México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM.
- Sandrin, L. (1996). *Como afrontar el dolor. Aceptar y comprender el sufrimiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Saunders, C. (1980). *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Editorial Salvat.
- Secretaría de Salud (2000). *Estadísticas en salud*. <http://ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/principal.php>.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. <http://ssa.gob.mx>.

Spielberg, C., y Díaz, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual e Instructivo*. México: Manual Moderno.

Torres, L. (2000). *Cáncer ginecológico: magnitud del problema clínico*. (Folleto). Hospital de la Mujer: Unidad de Oncología.

Turk, D., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspectiva*. New York: Guilford Press.

Velasco, M., y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.

APÉNDICES

TERAPIA PSICOLOGICA ADYUVANTE EN MUJERES CON CANCER DE MAMA

HOSPITAL DE LA MUJER (ONCOLOGÍA)

INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad que esta dada por un aumento excesivo e incoordinado de una masa tisular anormal que no esta sujeta a los controles normales del organismo y que además posee la capacidad de destrucción e invasión de estructuras vecinas sin olvidar su diseminación dando por resultado la muerte del individuo si esta se deja a libre evolución (Torres ,L. 2000).

Aunque hay más de 200 tipos de cáncer, según Beckman, J. (1997) se pueden englobar en 4 tipos:

- a) *Linfomas*: cáncer del sistema linfático.
- b) *Sarcomas*: neoplasmas malignos de del tejido muscular, óseo o conectivo.
- c) *Leucemias*: cáncer de los órganos que forma la sangre, tal como la medula ósea que conduce a una extrema proliferación de glóbulos blancos.
- d) *Carcinomas*: neoplasmas malignos de la piel y de órganos del aparato respiratorio, digestivo que vienen a representar un 85% de los canceres en humanos

Los tipos de cáncer mas comunes que se dan en la población son variables, según raza, sexo, edad, entre otros factores siendo los mas comunes en los *hombres* el de pulmón, próstata, estomago y el de colon, mientras que en las *mujeres* el de mama, estomago, colon, hígado y el de pulmón (Duran, J. e Ibáñez, 1990).

Así los párrafos, anteriores dejan ver que el cáncer de mama (que pertenece al tipo de carcinomas), es la localización mas frecuentes en mujeres de países industrializados.

De acuerdo con Anderson (1992), desde 1984, el cáncer de mama ha aumentado en un 24%, lo que representa un gran riesgo para las mujeres de

nuestro país, muestra de ello es el Hospital de la Mujer donde un 80% del total de casos corresponde a cáncer de mama.

Entre los tratamientos médicos contra el cáncer de mama se encuentra la cirugía (mastectomía), radioterapia y quimioterapia. Si bien este último tratamiento, ha demostrado ser realmente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, también lleva consigo efectos colaterales como ansiedad, náuseas, vomito y alopecia entre otros. Así, estudios epidemiológicos demuestran que entre el 25% y 60% de las pacientes se sensibilizan al tratamiento, desarrollando sintomatología durante el tratamiento, Anderson (1992), refiere casos en los que hay pacientes que comienzan a vomitar nada más al entrar al piso de hospitalización o bien cuando la enfermera les prepara la infusión.

Lo anterior pone a luz que si bien la quimioterapia aumenta las expectativas de vida y resulta la remisión y cura de muchos casos, *la calidad de vida* de estos pacientes puede ser severamente afectada, por lo que desde hace algunos años se ha hecho evidente que el tratamiento de cáncer debe abarcar el aspecto médico y el aspecto psicológico.

En los últimos 20 años, ha incrementado el interés en temas sociales y comportamentales del cáncer, dando apertura a la psicología con el fin de mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Cella y Tulskey (1993), definen la *calidad de vida* como la satisfacción y valoración de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal.

De esta forma el término calidad de vida, representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas (quimioterapia), en las pacientes tal como es percibidas por ellas.

Autores como Duran e Ibáñez (1992), mencionan que al hablar de *calidad de vida* se hace necesaria una evaluación de la misma que permita:

1. Identificar aquellos pacientes que requieren intervención psicológica, así como detectar las áreas específicas que han de ser objeto de intervención.
2. Valorar los efectos de los tratamientos aplicados en oncología.

Por lo que las áreas que se deben evaluar en las pacientes son:

- a) *Estado funcional* (capacidad para trabajar y hacer uso del tiempo libre, autocontrol)
- b) *Síntomas físicos* asociados al cáncer (dolor, movilidad, sueño, apetito)

- c) *Interacción social* (relaciones con familiares, la pareja, amigos)
- d) *Efectos psicológicos asociados* (ansiedad, depresión, agresividad, estilos de afrontamiento, autoestima)
- e) *Efectos colaterales de los tratamientos* (reacciones condicionadas a quimioterapia, dolor agudo, anorexia).

Con respecto a este último punto, específicamente las reacciones condicionadas por la quimioterapia (ansiedad, náusea y vómito anticipatorio), la psicología ha desarrollado en su campo de *Modificación de Conducta* técnicas que permiten un tratamiento adecuado de estos síntomas, tales como:

- Relajación Muscular Progresiva con Imaginación Guiada
- Retroalimentación Biológica
- Técnicas De Control Atencional
- Desensibilización Sistemática
- Inoculación al Estrés

Dichas técnicas han sido utilizadas por autores como Cella y Tulskey (1993), en mujeres europeas que han sido sometidas a QT, demostrando ser eficaces, siendo la técnica de inoculación al estrés la que ha tenido mayor efectividad en la disminución de náuseas y vomito anticipatorio.

Tomando en cuenta lo anterior hay que recordar que la técnica de inoculación de estrés incluye una serie de técnicas tanto cognoscitivas como conductuales, sin embargo en los estudios realizados bajo esta línea se ha evaluado la eficacia de esta técnica como un todo sin analizar la eficacia de cada uno de sus componentes, lo que sin duda se toma como una limitante, ya que el terapeuta al no saber cual de los componentes del tratamiento provoco mayores cambios, se le dificulta mantener la conducta a través del tiempo.

Siguiendo esta línea de pensamiento se considera necesario desarrollar programas de intervención psicológica, validos y confiables que le permiten al terapeuta identificar el componente mas efectivo de la técnica de inoculación de estrés, para lograr mejorar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, siendo este ultimo de gran relevancia, dadas las condiciones de trabajo del Hospital de la Mujer el área de oncología, dichas condiciones hacen referencia a lo siguiente:

1. Casi el 80% de pacientes que acuden a este servicio padecen de cáncer de mama
2. El tratamiento más usado en este servicio para la patología mamaria es la QT.

Por lo tanto el **propósito** del presente estudio es:

Proponer enfoques terapéuticos específicos que puedan ser aplicados a otras poblaciones de enfermos con cáncer de otra entidad.

Para lograr lo anterior surge la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cual de los componentes de la técnica de inoculación al estrés, es el mas eficaz en el tratamiento de la ansiedad, la náusea y el vomito anticipatorio?

Utilizando la metodología que se detalla a continuación.

METODO

Sujetos:

Se eligieron a 5 pacientes del Hospital de la Mujer con Diagnostico reciente de cáncer de mama y que como primer tratamiento fueron sometidas a quimioterapia en régimen ambulatorio en intervalos de 8 infusiones cada tres semanas.

Instrumentos:

Entrevista Semiestructurada
Escala Visual Análoga (Reporte Subjetivo)
IDARE (Estado)

Materiales:

Hojas de Registro
Casetes con grabaciones de Relajación

Diseño:

Diseño de tratamientos alternados con fase inicial de línea base y una fase final con el tratamiento mas efectivo.

Procedimiento:

Debido a que las reacciones de ansiedad, náusea y vomito anticipatorios en realidad son respuestas aprendidas, productos del proceso de condicionamiento clásico fueron tratadas de la siguiente manera:

LINEA BASE: FASE (A)

Esta fase se realizó durante *dos sesiones*, dando inicio una vez que por sus características las pacientes hallan sido elegidas y asistan a su primer ciclo de quimioterapia.

SESION 1. LB (FASE A)

Esta dio inicio con una entrevista semiestructurada en la que se evaluaron las siguientes variables:

- ✚ Información y creencias sobre su enfermedad y tratamiento.
- ✚ Historia de náuseas y vomito (durante su vida, embarazo, estrés, etc.)
- ✚ Expectativas sobre el tratamiento farmacológico (alopecia, pérdida de apetito, náuseas y vomito)
- ✚ Nivel de ansiedad (aplicación de IDARE)

Posteriormente se explicó a la paciente el tratamiento, concluyendo esta primer sesión con un entrenamiento en el sistema de auto registro, en el que se midieron los siguientes parámetros:

1. Intensidad de la ansiedad
2. Intensidad de las náuseas
3. Frecuencia de vómitos

A las pacientes se les dio la instrucción de realizar sus registros antes y durante cada ciclo de la siguiente manera:

- ✓ Un día antes del ciclo de QT
- ✓ Durante todo el día de la infusión

Para finalizar la sesión entrego a la paciente hojas de auto registro, y se les pidió que iniciaran el registro al día siguiente, recordándole la importancia del cumplimiento de los mismos.

SESION 2. LB (FASE A):

Para el siguiente ciclo de quimioterapia se visito a las pacientes recabando los registros sin realizar ningún tipo de intervención y se les entregaron hojas de registro para este ciclo.

TRATAMIENTO

El tratamiento comenzó en la *tercera sesión* de quimioterapia y se realizo en combinación con el tratamiento farmacológico, consistente en un programa de inoculación de estrés que se llevo a cabo durante *6 sesiones* distribuidas de la siguiente manera:

SESION 3. TX (FASE B):

En esta se procedió a dar información sobre el proceso de aprendizaje de náuseas y vómitos anticipatorios, se le explico a la paciente el desarrollo de condicionamiento clásico, del cual se obtiene las reacciones condicionadas utilizando un lenguaje concreto que fuera entendible para las pacientes. Posteriormente se realizo un entrenamiento de respiración diafragmática y relajación autógena, para facilitar el entrenamiento en esta técnica se le entrego a la paciente un casset con la grabación de las instrucciones para relajación autogena, se dio fin a esta sesión entregando las hojas de registro correspondientes.

SESION 4. TX (FASE C):

Se comenzó la sesión con la recolección de los auto-registros y reforzador positivo ante el cumplimiento de los mismos. A continuación se llevo a cabo un entrenamiento de auto instrucciones positivas, ya que las auto verbalizaciones que las pacientes tienen con respecto a la quimioterapia y a la sintomatología asociada son muy desadaptativas (“yo no puedo seguir adelante”, “esto es peor que la propia enfermedad”) por lo que es necesario generar verbalizaciones alternativas (“se que la quimioterapia me hace sentir mal durante unos días , pero gracias a ella voy a conseguir curarme”, “yo puedo hacer cosas para disminuir las sensaciones de desagrado provocadas por la quimioterapia y sentirme mas tranquila”), que facilite el manejo de quimioterapia y aumente la sensación de control sobre la misma . Esta sesión concluyo con la entrega de hojas de registro.

SESION 5. TX (FASE D)

En ella se realizo una planificación de actividades y estrategias de control de ansiedad asociadas al proceso de quimioterapia. Se finalizo con la exposición de la situación guiada a la situación de la infusión: a la paciente se le expuso a la imaginación de a todos los estímulos.

SESION 6. TX (FASE BCD)




Para esta sesión se aplicaron de manera simultánea los tratamientos antes mencionados y se dieron hojas de registro.

SESION 7 Y 8: TX (FASE B o C)

En estas últimas sesiones se eligió el tratamiento que halla sido el más efectivo para cada paciente y fue con el que se trabajo en ambas sesiones, para consolidar el aprendizaje y los efectos del mismo. Los resultados de esta intervención representan a continuación:

RESULTADOS

Los efectos del tratamiento se determinaron mediante una serie de indicadores:

-  Frecuencia de vómitos
-  Intensidad de las náuseas
-  Intensidad de la ansiedad

Los resultados de cada uno de estos indicadores se analizo en dos momentos:

- ✓ Un día antes del ciclo
- ✓ Durante todo el día de la infusión

La conducta de vomito apareció durante la fase de intervención (auto instrucciones positivas), sin embargo para las fases posteriores esta conducta se extinguió.

A raíz de los resultados obtenidos se puede concluir que en este caso la intervención cognitivo-conductual ayudo a prevenir las reacciones condicionadas anticipatorias ocasionadas por la quimioterapia de tal forma que esta intervención, tomo una ruta preventiva mas que curativa como era el objetivo.

Con respecto a este ultimo punto se puede decir que quizás influyeron algunas variables extrañas, como el que se trabajo con algunas pacientes momentos después de recibir su diagnostico de cáncer, además que como es bien sabido que en ocasiones el auto registro puede ser una variable que modifique el comportamiento.

Si bien de acuerdo a lo anterior esta investigación carece de validez interna, esto se cubrió con la validez social, es decir el grado de satisfacción que reportaron las pacientes en el reporte subjetivo.

REFERENCIAS

- Andersen, B (1992) Psychological Interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychologis.* 49, 389-404.
- Beckman, J. (19879, *The Quality of life of the Cancer Patient* . New York: Raven Press.
- Cella y Tulsky (1993) Quality of life of the Cancer: Definition , Purpose and Method of measurement. *Cancer investigacion.* 11, 327-336.
- Duran E. e Ibañez, E. (1990). *El dilema de informar a un paciente con cáncer.* Nau Libre.
- Duran E. e Ibañez, E. (1992). Consideraciones en psicología oncológica. *Psicología de la salud y estilos de vida,* Valencia: Promolibro.
- Torres, L. (2000). *Cáncer Ginecológico, Magnitud del problema clínico.* Hospital de la Mujer, Unidad de Oncología.

ANEXOS

ANEXOS

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
INCAN**

CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

PSICOLOGIA
MEDICINA CONDUCTUAL

ESDO

(Entrevista Semiestructurada de Dolor)

I. Área Cognitiva

- Estado Mental
 1. Memoria _____
 2. Orientación en persona, tiempo y espacio _____
 3. Curso y contenido del pensamiento _____
 4. Lenguaje _____

- Antecedentes y experiencia subjetiva actual del dolor
 1. Inicio y evolución _____
 2. Descripción actual del dolor _____
 3. Factores que intensifican o alivian el dolor _____
 4. Causas del dolor _____
 5. Expectativas del tratamiento _____
 6. En que consiste su tratamiento algológico _____
 7. Apego al tratamiento _____

II. Área Emocional

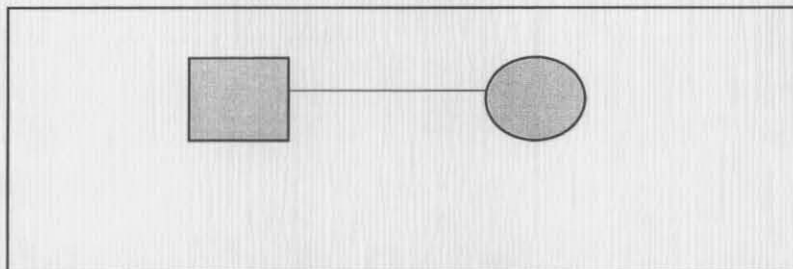
1. Auto-reporte de malestar _____
2. Síntomas de ansiedad o depresión _____
3. Factores recientes de estrés _____

III. Área conductual

1. Cambios en las actividades del paciente por el dolor _____
2. Cambios en las actividades de los familiares por el dolor _____
3. Comportamiento del enfermo durante crisis de dolor _____
4. Respuestas de los familiares a las conductas de dolor _____
5. Respuestas de los familiares a las conductas de bienestar _____
6. Frecuencia demandas al equipo de salud _____

IV. Área familiar

1. Elaboración de familiograma



2. Relaciones familiares _____
3. Actitudes familiares hacia el dolor y la enfermedad _____
4. Antecedentes de dolor y enfermedad en familiares _____

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
INCAN
CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PSICOLOGIA
MEDICINA CONDUCTUAL

ESFA

(Entrevista Semiestructurada de Dolor a Familiares)

I. Actitudes y Creencias del Dolor

1. Conceptualización del dolor _____
2. Causas del dolor _____
3. Factores que intensifican o alivian el dolor _____
4. Expectativas del tratamiento _____
5. Apego al tratamiento _____

II. Análisis Conductual

1. Cambios en las actividades del paciente por el dolor _____
2. Cambios en las actividades de los familiares por el dolor _____
3. Comportamiento del paciente durante crisis dolorosas _____
4. Reacciones de los familiares a las conductas de dolor _____
5. Respuestas de los familiares a las conductas de bienestar _____
6. Trascendencia del dolor en las relaciones familiares o conyugales _____

III. Reacciones Afectivas

1. Observación de síntomas de ansiedad _____
2. Observación de síntomas de depresión _____
3. Observación de síntomas de estrés _____
4. Funcionamiento Intelectual _____

IV. Antecedentes Adictivos

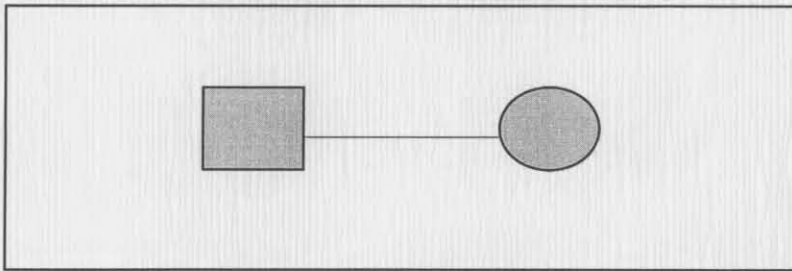
Uso de Drogas, alcohol y uso de estimulantes por el paciente

1. Antecedentes _____
2. Uso actual _____

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
INCAN
CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PSICOLOGIA
MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista Semiestructurada para
Familiares de Pacientes en Fase Terminal
(EFPT)

I Elaboración de Familiograma



II. Actitudes y Creencias del Manejo Paliativo

1. Conceptualización de los Cuidados Paliativos _____
2. Expectativas del tratamiento _____
3. Apego al tratamiento _____

II. Análisis Conductual

1. Observación de alucinaciones en el paciente _____
2. Observación de incoherencias _____
3. Observación agitación psicomotriz _____
4. Observación de conductas extrañas _____
5. Percepción de la conducta del paciente _____

III. Reacciones Afectivas

1. Observación de síntomas de ansiedad _____
2. Observación de síntomas de depresión _____

3. Observación de síntomas de estrés _____
4. Funcionamiento Intelectual _____

IV. Funcionamiento Familiar

1. Habilidades de comunicación _____
2. Estrategias de afrontamiento _____
3. Nivel de comunicación con el paciente _____
4. Claudicación Familiar _____

V. Recursos de la Familia

1. Apoyo social _____
2. Nivel educativo _____
3. Capacidad de solución de problemas _____

VI. Necesidades inmediatas y peticiones de intervención