

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

2

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN DOCTORADO EN PSICOLOGIA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA PRESENTA DAMIAN ALQUICIRA PALACIOS

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

COMITE TUTORIAL:

- TITULAR: DR. HECTOR AYALA VELASQUEZ
TITULAR: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
TITULAR: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
TITULAR: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
TITULAR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
SUPLENTE: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
SUPLENTE: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

“...Por la gracia de Dios soy lo que soy,
y su bondad para conmigo no fue inútil;
pero no todo lo he hecho yo, sino la
gracia de Dios para conmigo”

San Pablo

Muchas gracias a Gilberto y Teresita porque
gracias a Dios siempre me han apoyado
y motivado con firmeza y amor

Gracias a mis hermanos (as) y cuñados (as)
por su amistad y afecto sincero

A ti, Astrid, por que con amor, confianza y
paciencia, alientas a la realización del más
increíble sueño que pudiéramos tener Gracias

A mis compañeras y profesores: principalmente a
Anita Balboa V , Rebeca Sánchez, Isaac Seligson
y Samuel Jurado Por brindarme su amistad sus
consejos, apoyo y guía Gracias

Agradezco a los médicos que brindaros sus servicios
en tiempo y espacio para la realización de la residencia
en disposición a nuestra formación:

Dr Alberto Aburto Martínez

Jefe de atención médica en el C.C.S. “Santiago Ahuizotla”

Dr Francisco García R

Jefe del servicio de Oncología, H J M

Dr Noel Castañeda Soto

Jefe del servicio de Onco-Médica H J M

Dra Guadalupe Díaz C.

Jefa del servicio de psiquiatría del INER

En reconocimiento a todos nuestros pacientes, por su amor
a la vida que con valentía defienden en cada momento,
y por aquellos que ya no tienen que luchar más
descansen en Paz

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
I DEFINICIÓN DE SALUD	9
II SALUD Y CONDUCTA: LA RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y MEDICINA	12
III MEDICINA CONDUCTUAL	14
IV PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA	16
V OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA	16
VI HOSPITALES SEDES DE LA RESIDENCIA	17
VII HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	18
VII-A) INFORMACIÓN Y ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	18
VII-B) ORGANIGRAMA DE LA SEDE	24
VII-C) ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS CONCEPTUALES APLICADOS A LA ONCOLOGÍA	25
VII-D) CALENDARIZACIÓN SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA	28

VII-E)	LA ENTREVISTA EN EL H. J. M.	30
VII-F)	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	32
VII-G)	COMENTARIOS GENERALES DE LA ROTACIÓN	34
VIII	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	37
VIII-A)	INFORMACIÓN GENERAL	37
VIII-B)	ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	38
VIII-C)	ORGANIGRAMA DE LA SEDE	40
VIII-D)	CALENDARIZACIÓN SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA	41
VIII-E)	LA ENTREVISTA EN EL INER	43
VIII-F)	COMENTARIOS GENERALES DE LA ROTACIÓN	45
IX	DISEÑO E INSTRUMENTACIÓN DE INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS DE ROTACIÓN	47
IX-A)	EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA	49
X	PRINCIPALES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS UTILIZADAS EN LAS ROTACIONES	50
XI	APOYO PSICOLÓGICO PRE Y POST QUIRÚRGICO	51

XI-A) PAC DE TRANSPLANTE PULMONAR	52
XI-B) PACIENTES DE IMPLANTE COCLEAR	53
XII PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROTOCOLO DE IMPLANTE COCLEAR	54
XIII ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL	58
XIV CURSOS Y CONGRESOS	60
XV COMENTARIOS FINALES	62
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

RESUMEN

La posibilidad de desarrollar programas de residencia a nivel maestría en psicología es hoy una alternativa poco explorada en nuestro país y es un reto el diseñar, desarrollar y adecuar este tipo de programas en unidades hospitalarias de tercer nivel de atención

El propósito es recabar la experiencia profesional de la residencia en los hospitales: H. Juárez de México en el servicio de oncología y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el servicio de psiquiatría. Las técnicas y estrategias empleadas, los talleres realizados, la inmersión en protocolos médicos y el nuevo enfoque del psicólogo en la solución de problemas relacionados con la salud.

La información se obtuvo por medio de reportes semestrales, sustentados por la supervisión semanal del asesor en las sedes.

Existe buena disposición por la mayoría del personal médico al aporte profesional del psicólogo en sus servicios, se afinaron habilidades clínicas del residente adecuadas a los diferentes servicios, se crearon tres grupos: club de diabéticos, taller de autoestima y relajación en pacientes nefrópatas. Se participó en los protocolos de implante coclear y transplante pulmonar. Se elaboró una escala de afrontamiento para pacientes crónicos y un protocolo

psicológico de evaluación, atención y seguimiento para pacientes candidatos a implante coclear.

Se sensibilizó en los servicios la aceptación y reconocimiento del trabajo psicológico. Se han sentado bases para continuar o realizar nuevas investigaciones de la especialidad. Se ha estructurado una praxis objetiva, evaluable, factible de seguimiento y perfectible a las condiciones generales de cada sede

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre ya que es una cualidad inherente a la naturaleza del ser humano, y a su supervivencia. Haciendo un poco de historia, en las primeras comunidades humanas la enfermedad se explicaba por la influencia de los demonios u otras fuerzas espirituales los cuales tomaban posesión y controlaban a las personas. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo ocupado. Los griegos fueron de los primeros en comprender la enfermedad cómo fenómeno natural. Un ejemplo de ello es la teoría hipocrática de los humores en donde la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre las sustancias líquidas que circulan por el cuerpo, la recuperación por lo tanto, era la búsqueda del equilibrio de éstas sustancias.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en la enfermedad. En el renacimiento se tomaban las explicaciones naturales de la enfermedad, fue así como con el estudio de las matemáticas, la química y la física se conjugaron en la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsias, los estudios de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, prepararon el camino para los verdaderos avances médicos (Laín, 1978). La salud de los individuos mejoró cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como los avances en inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. La tasa de mortalidad declinaron sensiblemente en enfermedades tan conocidas como el cólera, fiebre tifoidea, escarlatina, etcétera.

A lo largo del siglo XX, los avances en la medicina han sido cada vez más decisivos con el desarrollo de fármacos (por ejemplo, la penicilina) diversas vacunas y avances espectaculares en las técnicas quirúrgicas y la tecnología médica en general. La importancia dada a la salud física seguía en aumento, sobre todo a partir del decenio de 1950. (Ardila, 1998).

Tradicionalmente los médicos han tenido la exclusividad en este campo, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente a las agresiones como las infecciones o los accidentes, utilizando la cirugía y la farmacología como sus principales armas para tal objetivo (labrador, Muñoz y Cruzado, 1990).

Es así como el modelo biomédico ha surgido como predominante en la medicina occidental, el cual considera la aplicación del enfoque analítico de factores biomédicos que han generado un cuerpo de conocimientos, prácticas científicas y técnicas muy avanzadas sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, se le considera como algo que hay que desarrollar y no como algo a conservar. Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar totalmente tal reto, es necesario instrumentar intervenciones de tipo preventivo que conlleven a una nueva concepción de salud. (de la Fuente, 1996).

Cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan solamente en el aspecto físico, raramente en el factor

psicológico, no tomamos conciencia de los hábitos (conductas) que provocan o previenen de la enfermedad y las consecuencias de ésta en el ambiente social, moral, laboral e importantemente en el aspecto económico. Por tanto la psicología, en la especialidad que nos compete, atiende y completa la atención médica del ser que padece una enfermedad crónica, que generalmente cambia radicalmente el estilo de vida y permanece por el resto de vida que le quede. Nuestra intervención se encamina a la aceptación del diagnóstico, a la adherencia a los tratamientos, a la preparación de eventos terapéuticos aversivos como las cirugías, las desarticulaciones, la quimioterapia o la prolongada hospitalización y las recaídas, y en muchos de los casos la preparación para la inminente muerte, en la cual el trabajo con la familia se vuelve fundamental.

I DEFINICIÓN DE SALUD

Sin embargo para hablar de prevención e intervención es necesario establecer en lo posible un consenso con respecto a la definición de salud, Callaham (1977) decía que, cómo la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud igualmente presenta enormes dificultades en cuanto a su definición. Una de las definiciones de salud más extendida es: "la salud es la ausencia de enfermedad". Sin embargo la Organización Mundial para la Salud (O.M.S) propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: "la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de

psicológico, no tomamos conciencia de los hábitos (conductas) que provocan o previenen de la enfermedad y las consecuencias de ésta en el ambiente social, moral, laboral e importantemente en el aspecto económico. Por tanto la psicología, en la especialidad que nos compete, atiende y completa la atención médica del ser que padece una enfermedad crónica, que generalmente cambia radicalmente el estilo de vida y permanece por el resto de vida que le quede. Nuestra intervención se encamina a la aceptación del diagnóstico, a la adherencia a los tratamientos, a la preparación de eventos terapéuticos aversivos como las cirugías, las desarticulaciones, la quimioterapia o la prolongada hospitalización y las recaídas, y en muchos de los casos la preparación para la inminente muerte, en la cual el trabajo con la familia se vuelve fundamental.

I DEFINICIÓN DE SALUD

Sin embargo para hablar de prevención e intervención es necesario establecer en lo posible un consenso con respecto a la definición de salud, Callaham (1977) decía que, cómo la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud igualmente presenta enormes dificultades en cuanto a su definición. Una de las definiciones de salud más extendida es: "la salud es la ausencia de enfermedad". Sin embargo la Organización Mundial para la Salud (O.M.S) propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: "la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de

dolencias o enfermedad" (O.M.S., 1974). El problema de esta definición radica en explicar que es el bienestar de un individuo (Breslow, 1972; Santacreu, 1991; Seeman, 1989, en Fernández-Ballesteros y Carrobes, 1988).

Existen factores que contribuyen al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que el tradicional modelo médico de enfermedad, Bishop (1944) cita en concreto tres importantes hechos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, 2) el costo elevados de los cuidados de salud, y 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Algunos tipos de problemas como las enfermedades crónicas se deben a diversas causas (psicológicas, sociales, culturales y medio-ambientales) y requieren de un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos.

El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de la enfermedad crónica. Este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables; la conducta social no tiene cabida o en su extremo, que las anomalías conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. La filosofía inherente al modelo médico implica un reduccionismo en donde todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos, manteniendo el dualismo mente cuerpo, es así como desde ésta concepción los procesos somáticos y psicológicos

se excluyen mutuamente ya que mente y cuerpo son entidades separadas (Friedman y Di Mateo. 1989).

Muchos teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo para poder progresar en la comprensión y el control de la enfermedad, Engel (1977) planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo "biopsicosocial" y apoyó la alternativa con argumentos sólidos, aunque no los describió con detalle; hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: "El modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud" (Engel, 1977)

Pronto los psicólogos una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas "mentales" presentaban concomitantes de tipo físico. Así mismo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente y cuerpo planteada por Descartes (Gatchel, Baum y Krantz, 1989). La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma, permitieron en unos cuantos años la aparición de la medicina comportamental y de la psicología de la salud (Kazdin, 1978).

II SALUD Y CONDUCTA: LA RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y MEDICINA

A través de muchas investigaciones, los psicólogos han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en el proceso de la enfermedad, así como su interrelación con factores medioambientales. Existe mucha evidencia científica de que nuestra salud esta profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, búsqueda de cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto positivo inmenso en nuestra salud (Matarazzo, Weiss, Herrd, Miller y Weiss, 1984). Por lo tanto tenemos que los estados psicológicos como los sentimientos, las emociones, el estrés, pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Diversas intervenciones pueden reducir el dolor y el sufrimiento experimentado tras una operación quirúrgica y acelerar el proceso de curación (Jonson, 1984). El estado psicológico con los efectos negativos más claros en nuestra salud es el estrés, asociándose a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardiaca coronaria, hasta el cáncer y supresión del sistema inmunitario (Jemmott y Loke, 1984; McCabe y Schneiderman, 1985; Labrador, 1992).

La esperanza de vida ha aumentado de modo dramático alcanzando casi el 50% de 1900 a 1989 (National Center for Health Statistics, 1989). Este incremento de la expectativa de vida ha sido posible gracias a las mejoras en la atención a la salud pública y a

los cuidados médicos, básicamente gracias a la reducción de la mortalidad infantil y a la disminución de las enfermedades infecciosas (gripe, rubéola, escarlatina, polio...etc.) a través de programas comunitarios. (Lancaster, 1990; Matarazzo, 1984). Ello ha cambiado los patrones de mortalidad en este siglo, en donde las enfermedades crónicas (cáncer, enfermedad coronaria, diabetes, VIH, etc.) han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con los accidentes debidos principalmente a comportamientos inadecuados como por ejemplo las muertes en accidentes de tránsito debidos al exceso de velocidad o conducir en estado de ebriedad.

E Becoña; F Vázquez y L.A. Oblitas, de la Universidad de S. De Campostella España y de la Universidad Interamericana en México, resaltan la importancia de los conceptos de “patógenos conductuales” e “inmunógenos conductuales”. Los primeros son aquellas conductas que hacen a los individuos más susceptibles a la enfermedad (Matarazzo, 1984). Por ejemplo, fumar, beber alcohol, obesidad, etcétera, estas son algunas de las causas más comunes de factores de riesgo asociados a muchos tipos de muerte. Los inmunógenos conductuales, son las conductas que previenen la enfermedad y mantienen la salud, por ejemplo, el dormir bien, una alimentación balanceada y sin exceso, mantener el peso corporal en límites normales, practicar ejercicio físico regularmente, la ingesta moderada de alcohol y no fumar, etc.

Además podemos agregar las acciones de toda una colectividad, la sociedad que también influye importantemente en nuestra salud. En nuestro entorno podemos además encontrarnos con factores de riesgo ambientales como son la contaminación del aire, del suelo o del agua, o las sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos diversos de uso cotidiano que pueden ser muy peligrosos) y radiaciones naturales y artificiales. Estos elementos encierran un potencial importante para hacer daño y enfermar o hasta para matar a los individuos.

Todo lo expuesto, ha desembocado en la conciencia de la necesidad de hacer prevención por medio de conductas de salud en donde los individuos que gozan de buena salud, adquieren el propósito de prevenir la enfermedad reduciendo los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Tales conductas no ocurren por separado, para comprenderlas mejor es necesario estudiar los contextos en que ocurren. Dicho contexto comprende los factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos de políticas públicas, ambiente físico y social, así como las prácticas institucionales. (Winett, King y Atman, 1989).

III MEDICINA CONDUCTUAL

La Medicina Conductual, como concepto, fue planteado inicialmente por Birk en 1973, en el cual resalta la importancia de las técnicas conductuales con la finalidad de intervenir en problemas de

Además podemos agregar las acciones de toda una colectividad, la sociedad que también influye importantemente en nuestra salud. En nuestro entorno podemos además encontrarnos con factores de riesgo ambientales como son la contaminación del aire, del suelo o del agua, o las sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos diversos de uso cotidiano que pueden ser muy peligrosos) y radiaciones naturales y artificiales. Estos elementos encierran un potencial importante para hacer daño y enfermar o hasta para matar a los individuos.

Todo lo expuesto, ha desembocado en la conciencia de la necesidad de hacer prevención por medio de conductas de salud en donde los individuos que gozan de buena salud, adquieren el propósito de prevenir la enfermedad reduciendo los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Tales conductas no ocurren por separado, para comprenderlas mejor es necesario estudiar los contextos en que ocurren. Dicho contexto comprende los factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos de políticas públicas, ambiente físico y social, así como las prácticas institucionales. (Winett, King y Atman, 1989).

III MEDICINA CONDUCTUAL

La Medicina Conductual, como concepto, fue planteado inicialmente por Birk en 1973, en el cual resalta la importancia de las técnicas conductuales con la finalidad de intervenir en problemas de

salud, tales como el asma, la epilepsia, dolor de cabeza tensional, migraña, etc. La Medicina Conductual surge formalmente en la "Conferencia sobre medicina Conductual" realizada en la Universidad de Yale en 1977, posteriormente Schwartz y Weiss en 1978, tomado en cuenta la idea de integración entre pensamiento y tecnología definieron a la Medicina Conductual como "Un campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual, en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos en programas de salud".

Agras (1982) opina que el desarrollo de la Medicina Conductual es una aproximación científica diferente de ver la relación Salud-Enfermedad, la plantea como el puente entre el estudio de las ciencias biomédicas, de las ciencias sociales y conductuales, por lo tanto, es necesario realizar actividades de investigación interdisciplinaria.

Es así como, después de haber hecho un breve recorrido sobre los fundamentos de la psicología de la salud y la medicina conductual, resaltando los fundamentos y técnicas conductuales y cognitivas, fueron el marco teórico para la intervención psicológica aplicada en las áreas de rotación del programa de residencia de la maestría en medicina conductual, en el Hospital Juárez de México en el servicio de oncología en los dos primeros semestres del

programa y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en los siguientes dos semestres.

IV PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA

La Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Facultad de Psicología, mediante el programa operativo de la maestría en medicina conductual, se planteó el desarrollar en nosotros los residentes, habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético, así como coincidencia social en el compromiso expresado a través de las acciones profesionales con las instituciones de salud. De esta forma se promueve la calidad en el servicio, el trabajo y desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo de alta especialidad en nuestro país.

El programa fue diseñado bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas, siempre bajo el marco psicológico cognitivo-conductual.

V OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

El objetivo en esta residencia es desarrollar en el alumno las competencias requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria para detectar,

programa y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en los siguientes dos semestres.

IV PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA

La Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Facultad de Psicología, mediante el programa operativo de la maestría en medicina conductual, se planteó el desarrollar en nosotros los residentes, habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético, así como coincidencia social en el compromiso expresado a través de las acciones profesionales con las instituciones de salud. De esta forma se promueve la calidad en el servicio, el trabajo y desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo de alta especialidad en nuestro país.

El programa fue diseñado bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas, siempre bajo el marco psicológico cognitivo-conductual.

V OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

El objetivo en esta residencia es desarrollar en el alumno las competencias requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria para detectar,

programa y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en los siguientes dos semestres.

IV PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA

La Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Facultad de Psicología, mediante el programa operativo de la maestría en medicina conductual, se planteó el desarrollar en nosotros los residentes, habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético, así como coincidencia social en el compromiso expresado a través de las acciones profesionales con las instituciones de salud. De esta forma se promueve la calidad en el servicio, el trabajo y desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo de alta especialidad en nuestro país.

El programa fue diseñado bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas, siempre bajo el marco psicológico cognitivo-conductual.

V OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

El objetivo en esta residencia es desarrollar en el alumno las competencias requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria para detectar,

evaluar y solucionar problemas en los pacientes crónicos, mediante la aplicación de técnicas métodos y procedimientos idóneos derivados de la Medicina Conductual que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como global.

VI HOSPITALES SEDES DE LA RESIDENCIA

Durante los cuatro semestres de la residencia, solamente se realizaron dos rotaciones, la primera de marzo de 1999 a febrero del año 2000, en el Hospital Juárez de México (HJM) ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col Magdalena de las Salinas, Deleg. Gustavo A. Madero. C.P. 7760. México, D. F. La segunda fue de marzo del 2000 a febrero del 2001 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Dirección: Calzada de Tlalpan N° 4502, Colonia Sección XVI, CP 14080, Delegación Tlalpan, México D F. La rotación en la residencia se evaluó semestralmente

Como primera actividad al iniciar la rotación en las sedes, se realizó el diagnóstico institucional en donde se describen el espacio físico del servicio, la capacidad de atención diario, los servicios auxiliares con que cuenta como laboratorio de análisis clínicos, rayos X, farmacia, etcétera. Igualmente el factor humano se describe con un organigrama del directorio, cuantos médicos hay, cuantas enfermeras, que hace cada uno, cuantos turnos hay, etc. Y finalmente se identifican los principales problemas psicológicos que se presentan susceptibles de ser tratados, tiempo promedio de estancia de los pacientes y tipo de tratamientos que reciben etc

evaluar y solucionar problemas en los pacientes crónicos, mediante la aplicación de técnicas métodos y procedimientos idóneos derivados de la Medicina Conductual que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como global.

VI HOSPITALES SEDES DE LA RESIDENCIA

Durante los cuatro semestres de la residencia, solamente se realizaron dos rotaciones, la primera de marzo de 1999 a febrero del año 2000, en el Hospital Juárez de México (HJM) ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col Magdalena de las Salinas, Deleg. Gustavo A. Madero. C.P. 7760. México, D. F. La segunda fue de marzo del 2000 a febrero del 2001 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Dirección: Calzada de Tlalpan N° 4502, Colonia Sección XVI, CP 14080, Delegación Tlalpan, México D F. La rotación en la residencia se evaluó semestralmente

Como primera actividad al iniciar la rotación en las sedes, se realizó el diagnóstico institucional en donde se describen el espacio físico del servicio, la capacidad de atención diario, los servicios auxiliares con que cuenta como laboratorio de análisis clínicos, rayos X, farmacia, etcétera. Igualmente el factor humano se describe con un organigrama del directorio, cuantos médicos hay, cuantas enfermeras, que hace cada uno, cuantos turnos hay, etc. Y finalmente se identifican los principales problemas psicológicos que se presentan susceptibles de ser tratados, tiempo promedio de estancia de los pacientes y tipo de tratamientos que reciben etc

Este análisis de los hospitales y servicios de rotación (oncología y psiquiatría) se reportó anteriormente, por lo que presenta solamente el formato en el anexo I.

VII HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO



DIRECTORIO

Dr. César Vargas Martínez

Director

Dr. Jorge Alberto del Castillo Medina

Jefe de la división de enseñanza

Dr. Francisco M. García Rodríguez

Jefe del servicio de oncología

Dr. Francisco Varela

Jefe de la consulta externa de mama

Dr. M. Castañeda Soto

Jefe de la consulta de Oncología Médica, quimioterapia

VII-A ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

El 16 de agosto de 1847, el General Manuel María Lombardini giró a Don José Urbano Fonseca ordenes para que el



Este análisis de los hospitales y servicios de rotación (oncología y psiquiatría) se reportó anteriormente, por lo que presenta solamente el formato en el anexo I.

VII HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO



DIRECTORIO

Dr. César Vargas Martínez

Director

Dr. Jorge Alberto del Castillo Medina

Jefe de la división de enseñanza

Dr. Francisco M. García Rodríguez

Jefe del servicio de oncología

Dr. Francisco Varela

Jefe de la consulta externa de mama

Dr. M. Castañeda Soto

Jefe de la consulta de Oncología Médica, quimioterapia

VII-A ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

El 16 de agosto de 1847, el General Manuel María Lombardini giró a Don José Urbano Fonseca ordenes para que el



ayuntamiento pueda disponer del edificio del colegio de los Agustinos de San Pablo, que funcionaba como cuartel, para que sea destinado como hospital de sangre.

Don José Urbano Fonseca, pidió a las hermanas de la caridad, que tomaran la dirección del nuevo establecimiento, con el objeto de atender a los heridos más graves; es así como el viejo edificio se transforma en un hospital de campaña dentro de los muros del claustro. El 20 de agosto de 1847, tuvieron lugar las batallas de Padierna y de Churubusco; sin embargo, se considera que fue hasta el día 23 cuando llegaron los primeros heridos al nuevo hospital de campaña Y es por eso que el día 23 se considera como la fecha de fundación.

Desde su fundación, la historia del Hospital Juárez ha estado ligada estrechamente a grandes acontecimientos de la historia de México y el impacto de estos se ha reflejado en el



hospital. La dirección del nuevo hospital se le encomendó a sor Micaela Ayanz (de 1847 a 1869). Los primeros médicos que asistieron a los heridos en el nuevo hospital fueron el cura y médico de la iglesia de San Pablo Don Ladislao de la Pascua, Don Guillermo Santa María y un practicante de apellido Gutiérrez; durante esta época el hospital fue designado como hospital municipal. La primera dotación del nuevo hospital municipal fue de 60 camas, 40 para hombres y 20 para mujeres, todas destinadas a enfermos Libres.

En la segunda mitad del siglo XIX, siendo director del establecimiento de las ciencias medicas el Dr. Don José Ignacio Duran, el hospital de San Pablo, empezó a ser utilizado como campo clínico para la enseñanza; además de proporcionar cadáveres a la escuela. Durante los enfrentamientos fratricidas de las luchas armadas de la Reforma se prestaron servicios a los heridos en combaten en 1863. Para estas fechas el hospital contaba con 213 camas y se le hicieron mejoras parciales. Tres años después, el 6 de mayo de 1869, el Doctor Ignacio Alvarado fue designado oficialmente como el primer director general del hospital de San Pablo, cargo que ocupo hasta 1875. Entonces el hospital contaba con una sala para La beneficencia francesa, suiza y belga y una más para la beneficencia Española

Durante la decena trágica, llegaron al hospital de San Pablo heridos, así como 200 cadáveres para ser incinerados .

Desde su fundación, el hospital fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía; lo que ha permitido que se le considere

como la cuna de la cirugía en México; cabe señalar que en el se realizaron algunos procedimientos quirúrgicos de gran importancia para la cirugía mundial como para la nacional, muestra de ello son, la extirpación del ano y una porción del recto por vía perineal realizada por primera vez en América en 1871



por el doctor Luis Hidalgo Carpio, quien también realizó la ligadura del epiplón en las hernias de esta membrana por primera vez a nivel mundial

El doctor José María Barcelo de Villagran, en 1857 realizó la construcción de un ano artificial en la ingle izquierda; realizó la primera resección de hombro en América el 13 de agosto de 1869; y el primero en América Latina en practicar una desarticulación coxo-femoral el 11 de mayo de 1864. Por lo antes expuesto se considera dentro de la historia de la medicina en México al periodo comprendido entre 1869-1880 como la edad de oro de la cirugía mexicana.

Otros hechos relevantes en la historia del hospital son: La realización de la primera radiografía mexicana, que tomó en el hospital Juárez el 10 de octubre de 1896 por el Dr. Tobias Nuñez. El Dr. Barcelo y Villagrán fue el segundo en hacer una transfusión sanguínea en América en 1860. Se fundó el primer banco de sangre del país en 1942. En la misma década de los cuarentas se abrió el banco de huesos el que exportó huesos al vecino país del norte, tal como lo señaló el Dr. Rene Leriche quien trabajó en el banco de huesos del H. Juárez.

El 18 de julio de 1872, al deceso del benemérito de las Américas el Licenciado Benito Juárez, hizo la propuesta al regidor García López para que el hospital de San Pablo se llamara Hospital Juárez; propuesta aprobada por el cabildo de la ciudad de México el día 19 de julio del mismo Año.

En 1874 el Hospital Juárez, sufrió una enorme pérdida con la salida de Sor Micaela Ayanz y el resto de las hermanas de la caridad quienes regresaron a Europa. Siendo director del Hospital Juárez don Adrián Segura. En 1881 se realizó la remodelación del hospital, se le dotó de nuevas salas y se reacondicionaron las existentes. Con motivo de los festejos del centenario en 1947, se inició una remodelación global del hospital y la construcción del edificio anexo

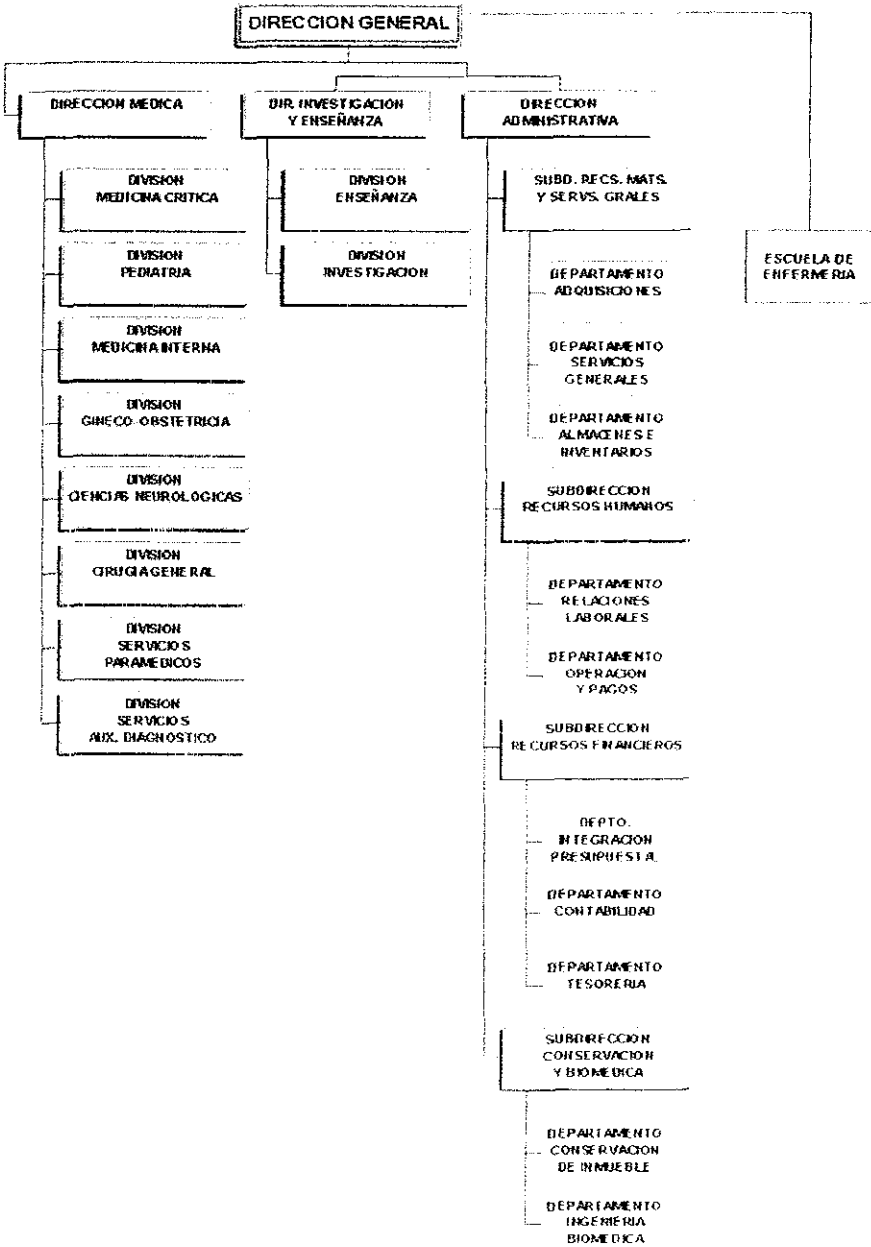
El 20 de noviembre de 1970 se realizó la restauración del centenario claustro del colegio de los agustinos de San Pablo, restituyéndole al convento su aspecto original quedando integrado con los siguientes edificios: Consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno (en el claustro), servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos. La fisonomía del hospital fue modificada lamentablemente en forma drástica por la naturaleza, en septiembre de 1985, fecha que quedo grabada por el terremoto que derribó la torre de hospitalización, convirtiéndose en la tumba de muchos médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y enfermos. En el pasado, el Hospital Juárez había sufrido daños de consideración en su edificio, con los temblores de 1899 y 1900 ambos en el mes de enero; pero en el de 1985 lamentablemente hubo muchas muertes. Como resultado de este acontecimiento fue necesario desalojar la centenaria casa de San Pablo, el hospital

se dividió en IV unidades que mientras funcionaron se les conoció como Juárez I al IV

El gobierno de la República ante esta tragedia, destinó fondos para que la Secretaria de Salud construyera una nueva sede; es así como en 1989 en el mes de septiembre abrió sus puertas el nuevo *Hospital Juárez de México*, ubicado en la avenida Instituto Politécnico Nacional col Magdalena de las Salinas, (zona de hospitales) al que se le dotó de todos los adelantos de la medicina moderna para beneficio de la sociedad que lo vio nacer hace ciento cincuenta años

VII-B ORGANIGRAMA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

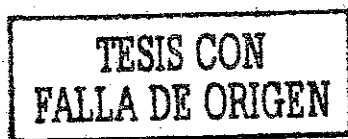


VII-C ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS CONCEPTUALES APLICADOS A LA ONCOLOGÍA

El cáncer es sin duda, una de las enfermedades más temidas, su simple mención produce en muchas personas un impacto emocional ya que se vincula fuertemente con la idea de dolor y muerte. Una enfermedad como ésta, no es simplemente un problema físico, sino una enfermedad que compromete las emociones, las cuales juegan un papel determinante tanto en la susceptibilidad a la enfermedad como en la recuperación de la salud.

El cáncer se presenta como un fenómeno multicausal que requiere de la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo.

El papel que desempeñan los factores psicológicos en la patogénesis del cáncer ha sido objeto de estudio controversial. Los esfuerzos han tomado diversos caminos, uno de ellos se centra en la identificación de los rasgos de personalidad premórbida (personalidad tipo C) y variables psicológicas previas al surgimiento de la enfermedad en este caso de una neoplasia. Otro camino es analizar el impacto de los factores psicológicos una vez que la enfermedad ya se ha manifestado, y se interviene en toda la evolución de la enfermedad. Un tercer acercamiento, se centra en el estudio de la depresión como variable predictor del ajuste y adaptación del enfermo oncológico (Roca Bannasar M. Y Bernardo Arroyo M., 1996).



Encontraron así que la comorbilidad entre la psicopatología y el cáncer se caracteriza por la presencia de trastornos de adaptación con estados de ánimo ansiosos y/o depresivos, depresión mayor, trastornos mentales orgánicos, trastornos de personalidad y de ansiedad. También se han encontrado con dificultades para el diagnóstico de los trastornos depresivos en oncología cuando la depresión y la ansiedad son consideradas como reacciones normales de la enfermedad, cuando la sintomatología somática es común a las patologías médica y psiquiátrica y por la utilización de instrumentos no diseñados para enfermos de cáncer o no validados en nuestra población. (Taladrid, B. (1993).

En forma concreta podemos decir que los trastornos psicológicos en pacientes oncológicos son el resultado del estrés derivado del conocimiento del diagnóstico, del dolor, de las molestias generadas por la enfermedad (crecimiento de un tumor o expansión de la neoplasia) por el tipo de tratamiento administrado, que en el caso de la oncología son procedimientos mutilantes y aversivos (cirugía de desarticulación, extirpación, quimioterapia o radioterapia), o por complicaciones en donde entran en juego factores de riesgo ante el avance de la enfermedad, el estado delicado de la salud o pacientes terminales en tratamiento paliativo, que conlleva a trastornos depresivos, aislamiento, bajo apoyo social y advertencia suicida

La medicina conductual en el área de la oncología contempla como objetivos básicos, la intervención directa, entrenando a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones considerando factores emocionales, entrenando a los pacientes para que sigan adecuadamente lo prescrito por los médicos; modificar los patrones de conducta para la prevención de los trastornos antes mencionados y desarrollar nuevas estrategias de intervención, aplicando los métodos de la terapia conductual, cognitiva y el entrenamiento en relajación en sus diversas técnicas.

Hospital Juárez de México Fui asignado en mi primera rotación en el servicio de oncología, en el periodo comprendido de marzo al mes de agosto de 1999 y de septiembre del mismo año a febrero del 2000.

En el primer semestre se programaron tres sub-rotaciones dentro del servicio con duración de dos meses en cada una (consulta externa de mama, atención en piso a pacientes hospitalizados y pacientes de medicina oncológica en la consulta de primera vez y en infusión de quimioterapia). En el segundo semestre se atendió a pacientes hospitalizados.

**VII-D CALENDARIZACIÓN SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES
EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 hrs	PASE DE VISITA	PASE DE VISITA	PASE DE VISITA	PASE DE VISITA	PASE DE VISITA
9 hrs	VISITA A PABELLÓN	VISITA A PABELLÓN	VISITA A PABELLÓN	VISITA A PABELLÓN	VISITA A PABELLÓN
10 hrs					
11 hrs		CLASE DE ONCO-PSIC.	SESIÓN SERVICIO	ASESORIA UNAM	
12 hrs			SESIÓN DE ONCOLOGÍA		
13 hrs	ELABORACIÓN DE NOTAS	NOTAS	MÉDICA	ELABORACIÓN DE NOTAS	ELABORACIÓN DE NOTAS
14 hrs	ELABORACIÓN DE NOTAS			ELABORACIÓN DE NOTAS	ELABORACIÓN DE NOTAS

* En el primer semestre de la rotación en los horarios del pase de visita a pabellones se atendía en el servicio de sub-rotación (mama o quimioterapia)

Como ya anteriormente se ha reportado el pase de visita en el que asistimos es el segundo del día, a las 8 hrs Junto con los residentes médicos de distintas especialidades (oncología, maxilofacial, cardio-vascular, internistas, etcétera) y el resto del tiempo (de color azul claro) es el tiempo en que ocupamos para atender a los pacientes de consulta externa en los servicios antes mencionados y en hospitalización en el segundo semestre de esa rotación.

Al final de la visita a pabellones, elaboramos los notas correspondientes ya sean de primera vez siguiendo el formato

SOAP (subjetivo, objetivo, diagnóstico y procedimiento) y una descripción del examen mental, así como de el tratamiento psicológico y su evolución.

Todas las notas se anexan en el expediente médico general, respetando la cronología, todas las notas fueron firmadas por el psicólogo residente responsable del paciente.

La clase de oncología para psicólogos, se impartía semanalmente los martes en el consultorio de psicología del servicio de rehabilitación, el responsable de dichas clases era el doctor Castañeda Soto, jefe del servicio de oncología médica (quimioterapia), los asistentes éramos tres psicólogos de base del servicio, dos estudiantes de psicología, y tres residentes de la maestría en medicina conductual. Los temas eran de oncología (origen de algunos tipos de cáncer, nomenclatura, tipos de tumores, clasificación de las neoplasias, tipos de quimioterapia, etc.) expuestos en forma clara y básica para nuestro mayor entendimiento dentro del servicio.

La sesión del servicio era para los especialistas del área exponiendo casos especiales (con el paciente presente) para definir el mejor tratamiento o con fines pedagógicos para los residentes en general. En esta sesión asiste el jefe del servicio y los jefes de los sub-servicios (tumores mixtos, cabeza y cuello, mama, ginecológicos, radiología, quimioterapia), así como los residentes médicos, de psicología, trabajo social y enfermería.

La sesión de oncología médica, era un grupo conformado por el jefe de quimioterapia, el residente de oncología que rotara en ese

sub-servicio, las enfermeras de oncología médica y las encargadas de la infusión de quimioterapia y los psicólogos residentes. Los temas eran diversos, sin embargo los objetivos tendían a la catarsis, la retroalimentación entre compañeros y al debate en aspectos éticos

Los días jueves nos reuníamos con el asesor Isaac Seligson, para la revisión de material bibliográfico, presentación de casos y aclaración de dudas.

VII-E ENTREVISTA EN EL HOSPITAL JUAREZ

Tomando siempre en cuenta los componentes de relación de la entrevista como lo es la presentación, el rapport (empatía) etcétera, el tipo de entrevista que se utilizó principalmente en el servicio de oncología en la consulta externa fue para la elaboración de la historia clínica, *entrevista de exploración y de diagnóstico*. El 100 % de los pacientes que eran hospitalizados para alguna intervención quirúrgica o infusión de quimioterapia o complicaciones diversas fueron evaluados con entrevista diagnóstica, al igual que los familiares para ofrecer contención de la ansiedad que se presenta ante el padecimiento actual. Fue muy importante esta intervención ya que facilitó el trabajo terapéutico posterior promoviendo la adherencia a los tratamientos, a la institución, al personal y hacia el psicoterapeuta. La *entrevista de evaluación diagnóstica* fue fundamental ya que muchos de los pacientes que nos eran remitidos por los médicos residentes o tratantes no eran muy explícitos en el problema que observaban (solamente

mencionaban que el paciente tenía alteraciones de conducta o que se mostraban agresivos sin especificar más). Siempre se le informa al paciente la finalidad de nuestra atención, solamente se recavaron los datos pertinentes para evaluar y diagnosticar y definir así el tipo de tratamiento. Los resultados eran reportados en las notas de evolución en términos generales ya que el contenido esencial se redactaba en expedientes que solamente controlábamos los residentes psicólogos. Siempre antes de iniciar un tratamiento se informaba al paciente los resultados para obtener su consentimiento para inicial cualquier tipo de intervención por nuestra parte. A diferencia de los residentes médicos de oncología creo que hubiera sido muy pedagógico incluir pequeños datos teóricos que sustenten nuestra intervención y las técnicas usadas.

En la sub-rotación en el servicio de oncología médica (quimioterapia) en consulta externa por protocolo en la consulta de primera vez, el paciente era entrevistado primeramente por nosotros, en esta entrevista semi-estructurada, se enfatizaba sobre el reconocimiento de la enfermedad por parte del paciente, ya no se trataba de “una bolita o quizás tenga...” se trataba de reconocer la enfermedad como tal, cáncer. La necesidad de someterse a un tratamiento, en este caso a la quimioterapia, se explicaban las características del tratamiento, (caída del cabello, agudización, del olfato, náuseas, vómito, ataque al estado general, oscurecimiento de uñas, probables diarreas, etcétera), la evaluación de la efectividad del tratamiento por medio de los marcadores tumorales, cuales son las principales causas de emergencia durante la quimioterapia, las

diferentes formas de infusión de las drogas. Se exploró por lo tanto el nivel de conocimiento de su padecimiento y enfermedad, de los temores o argumentos que pudieran bloquear el tratamiento (la aceptación del tratamiento) el tipo de apoyo con el que cuentan, explorar el ambiente familiar y el nivel económico ya que algunos tipos de quimioterapia son muy caros y en ninguna circunstancia es recomendable interrumpir el tratamiento a menos que sea por prescripción médica. Finalmente se realizaba un pequeño examen mental y el paciente pasaba a su consulta con el especialista oncólogo. Las notas de estas entrevistas de primera vez eran supervisadas directamente por el médico jefe del servicio de oncología médica (quimioterapia), el desarrollo de nuestras intervenciones posteriores se notificaban en el expediente del servicio de quimioterapia y no en el expediente general. Igualmente que en pabellón, el usuario siempre fue informado sobre el porqué de nuestra intervención, los resultados de nuestras entrevistas, la propuesta de intervención y su consentimiento

VII-F INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Después de haber realizado el diagnóstico institucional del servicio de oncología del Hospital Juárez, una de las primeras necesidades detectadas para realizar nuestro trabajo, fue hacer un formato para manejar un expediente psicológico de primera vez y evolución, independiente del expediente médico. (ver anexo II).

Los instrumentos más utilizados en este servicio fue el inventario IDARE de ansiedad rasgo y estado. (Spilberg y Guerrero, 1985). El inventario multifacético de la personalidad "Minnesota" (MMPI-2), la prueba gestáltico visomotriz "Bender", de inteligencia "Dominos" , de inteligencia para niños "Goudenoch", escala Wechsler para adultos (WAIS), escala de depresión de Beck, de Lazarus R.S , etc.

Realizamos una escala de afrontamiento a la enfermedad para pacientes oncológicos. Se trata de una escala de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta (siempre, a veces, casi nunca y nunca) se piloteo en el servicio con los pacientes hospitalizados en los meses de septiembre a febrero del 2000 (se realizaron 120) El resultado estadístico fue apenas significativo sin embargo omitiendo tres ítems, la discriminación del instrumento mejoró mucho, sería necesario volver a pilotear el instrumento en una nueva muestra para afinarlo, sin embargo no se pudo hacer en la nueva cede de rotación (INER).

También traducimos y adaptamos el inventario conductual del cáncer que consta de 33 ítems en donde las opciones de respuesta van de 1 a 9, subdividiéndose en tres afirmaciones "no es nada cierto" "moderadamente cierto" y "totalmente cierto". Aún cuando este inventario se empezó a pilotear, el tiempo no fue suficiente para completar el número de inventarios necesarios para someterse al análisis estadístico. Se anexa formato del inventario.

La Historia Clínica de este formato se conforma por medio de interrogatorio directo e indirecto, en esta entrevista se reúnen los datos de identificación general, se menciona claramente la fuente de la información (paciente, padre, cónyuge, hermanos, amigos, etcétera). Se describe el motivo y circunstancia de la consulta, por quien es enviado y que fue lo que le decidió a consultar. Padecimiento o problema actual, en ella se describe detalladamente los cambios observados, la forma de inicio y el curso de la misma. Se interroga sobre los antecedentes familiares de la madre, el padre, hermanos, otros familiares, el ambiente familiar en la infancia. Antecedentes personales, del desarrollo temprano, de la conducta en la primera infancia, en la etapa escolar y la adolescencia, las actividades laborales, su vida sexual y marital, los hijos y su historia médica. El uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas, comportamiento social y la constelación familiar actual.

La historia clínica se ajusta a las necesidades y circunstancias del problema ya que en ocasiones no es posible o recomendable retrasar la intervención psicológica (intervención en crisis o preparación para una pronta intervención quirúrgica por ejemplo).

VII-G COMENTARIOS GENERALES SOBRE LA ROTACIÓN

En reportes anteriores se han señalado diversos aspectos que resumiré a continuación. Cuando fuimos presentados en el servicio de oncología fuimos muy bien recibidos por el jefe del mismo, sin embargo fue muy directo al referirse sobre nuestra residencia como

una área en la que él no interviene, pero que se había caracterizado por su mala organización y total falta de supervisión. Lo mencionado por el jefe del servicio lo constatamos inmediatamente, hacíamos solamente lo que sabíamos y sobre la marcha del conocimiento del servicio, nos adecuábamos a él y propusimos programas, talleres y cubrimos la demanda de atención psicológica de los diversos servicios en los que sub-rotamos en oncología. En este sentido cabe mencionar que no contamos con un espacio definido para nosotros y nuestro quehacer profesional, sin embargo no fue un impedimento para trabajar, sobre todo en piso, donde no hay más que adecuarse a las características del pabellón, pero no así en consulta externa donde este espacio lo consideró muy necesario

En el trabajo interdisciplinario para los médicos oncólogos de base, en su mayoría, se mostraron totalmente indiferentes, sin embargo los residentes, por el contrario fueron parte importante ya que nos remitían pacientes, preguntaban sobre sus tratamientos psicológicos, nos informaban sobre el tratamiento médico y pronóstico de dichos pacientes, además participábamos en algunas de las mismas sesiones (general del servicio y de oncología médica (quimioterapia).

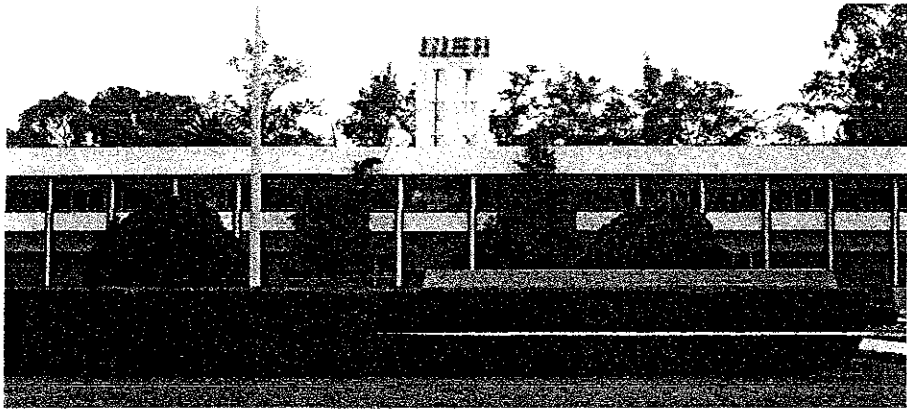
En cuanto al Jefe del Servicio de oncología, el Dr. Francisco Mario García Rodríguez, su trato siempre fue respetuoso y profesional, siempre tuvimos su apoyo, constantemente nos retroalimentaba, sobretodo en los pases de visita, nunca nos negó un permiso para asistir a un curso, congreso o tramite o compromiso académico de la facultad o la Coordinación de Salud Mental

En lo que respecta a la facultad, el apoyo fue solamente por parte de nuestro asesor el Lic. Isaac Seligson, el cual nos proporcionó literatura muy adecuada para el servicio, resolvía o sugería sobre casos especiales que se presentaban y estaba muy al tanto de las problemáticas que se pudieran presentar dentro del servicio (de cualquier índole).

Reitero que lo mejor, fue la experiencia del acercamiento profesional y humano con nuestros pacientes, constantemente definimos un estilo propio de trabajo y lo afinamos con nueva información (entrevista, evaluación, encuadre, tratamiento, seguimiento, etc.) así mismo aprendimos a comunicarnos y a trabajar en conjunto con los residentes médicos de diversas especialidades.

Un producto importante de esta rotación fue la conferencia presentada sobre el abordaje y tratamiento del paciente oncológico desde la perspectiva cognitivo-conductual que se presentó en el primer congreso iberoamericano de psicología clínica y de la salud, organizado por la Asociación Iberoamericana de Psicología Clínica y de la Salud (APICSA) y la fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual (FUNVECA) realizado en la ciudad de Granada España, en noviembre de 1999.

VIII INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



DIRECTORIO

Dr Jaime Villalba Caloca

Director General del INER

Dr José R. Pérez Padilla

Director Médico

Dra Ma Del Rocio Chapela Mendoza

Directora de enseñanza

Dr Sergio Rodríguez Filigrana

Jefe del departamento de consulta externa y urgencias

Dra Guadalupe Díaz Castro

Jefa del servicio de Psiquiatría

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VIII-A INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL INER

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, que tiene por objetivos el desarrollo y la

promoción de investigación básica y aplicada, la impartición de enseñanza y la atención médica de alta especialidad en todos los aspectos relacionados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades respiratorias.

VIII-B ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El INER tiene como antecedente histórico al Sanatorio para Tuberculosis de Huilpulco, fundado en 1936, que operó de esa fecha al año de 1959. Su creación tuvo la finalidad de atender a pacientes provenientes de toda la República Mexicana y formar un importante número de tisiólogos para abatir la tuberculosis que, en aquel tiempo, era causa de mortalidad en primer orden

En 1959 dicho sanatorio se transformó en el Hospital para Enfermedades Pulmonares y, consecuentemente, se amplió su campo de competencia para tratar no sólo a la tuberculosis, sino a todas las enfermedades del aparato respiratorio. Poco después incluyó en su ámbito de competencia la formación de médicos especialistas en Neumología.

Para el año de 1975 el Hospital se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con el propósito de que el Instituto, además de proporcionar atención médica, realiza permanentemente labores de investigación en la especialidad de Neumología e incrementara sus actividades docentes para formar personal altamente calificado en diferentes áreas del conocimiento,

con el fin de apoyar en la materia a los programas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El 14 de enero de 1982 el C Presidente de la República emitió el decreto por el cual se creó el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios. En su figura y etapa actual, el Instituto retomó y amplió los objetivos de sus organismos antecesores y quedó insertado en el sistema mexicano de Institutos Nacionales de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Fui asignado al servicio de psiquiatría, de marzo al mes de agosto del 2000, y de septiembre a febrero del 2001.

**VIII-D CALENDARIZACIÓN SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES
EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 hrs	consulta De primera Vez	* consulta de Primera vez	Sesión General INER	Consulta subsecuente	Visita a pabellones **
9 hrs			Consulta subsecuente		
10 hrs		Presentación de Casos		Consulta Subsecuente	taller de Relajación
11 hrs	visita a pabellones		visita a Pabellones		visita a pabellones
12 hrs		presentación de casos		visita a Pabellones	
13 hrs	visita a pabellones	visita a Pabellones	visita a pabellones		
14 hrs	visita a pabellones	visita a Pabellones	visita a Pabellones	visita a pabellones	

* de 8 a 9 hrs se asiste a la junta mensual del comité de transplante pulmonar

** de 9 a 11 hrs se asiste y participa en las reuniones mensuales de implante coclear

Los lunes se atiende en el servicio de psiquiatría a pacientes de primera vez, todos son necesariamente referidos por sus médicos tratantes de los servicios de neumología, otorrinolaringología, audiología, de clínica de tabaquismo y cardiología pediátrica; en todos los casos se realizó una entrevista de exploración y examen mental, a las 11:30 hrs. En reunión con los dos residentes de psiquiatría y la jefa del servicio se presentaban los casos para determinar conducta a seguir y hacer propuestas de evaluación y tratamiento. Finalmente se realizaba un pase de visita o en su defecto, se atendían las interconsultas de los pabellones (pabellón de infectología, de fibrósis pulmonar, de oncología, de

pediatría, y de otorrinolaringología). Los martes se atendía nuevamente a los pacientes de primera vez solamente de 8 a 9:30 hrs. Posteriormente se atendía a la consulta subsecuente, nuevamente a las 12:00hrs se presentaban en el servicio, con la supervisión de la jefa del servicio los nuevos casos. Hay que señalar, ya que no lo marque en el calendario, los martes a las 11:00hrs. Se realizaba la supervisión académica de la UNAM a cargo del Mtro. Samuel Jurado C. En dicha reunión, se presentaban casos, se asesoraba sobre el tipo de intervención a realizar, se hacían revisiones bibliográficas, y se resolvían cualquier duda o problemática con respecto de la residencia en el servicio.

Los miércoles de cada semana a las 8:30hrs. asistimos a las sesiones generales del instituto en donde se presentaban casos especiales y controvertidos de la especialidad así como conferencias magistrales de invitados de otros institutos u hospitales nacionales e internacionales. A las 9:00hrs, se realizaba la sesión del servicio, son de dos tipos, bibliográfica y de casos, se presentaba el caso, artículo o investigación, se discutía sobre él y se daban alternativas de tratamiento, estas sesiones se realizaban en conjunto con los residentes de psiquiatría. Los días jueves facilitaba el taller de relajación con pacientes del servicio de psiquiatría, al cual asistían un promedio de 15 pacientes. En el periodo del primer semestre en el servicio participé como coterapeuta en el taller de distimia el cual se reunía los jueves a las 12:00hrs

VIII-E LA ENTREVISTA EN EL INER

La entrevista de exploración también fue la que se usó principalmente en la consulta de primera vez los días lunes y martes en el servicio de psiquiatría del INER y para recolectar los datos generales de la Historia Clínica para posteriormente enfocar la entrevista a la exploración, evaluación diagnóstica y entrevista conductual. Generalmente asisten pacientes que eran remitidos por sus médicos tratantes, neumólogos, otorrinolaringólogos, cardiólogos, etc. Y en algunos casos era por petición de ellos mismos. Sin embargo lo más que podía detectar eran efectos de ansiedad e insomnio en tal grado que era necesario un tratamiento farmacológico en primera instancia con el apoyo psicológico, hay que señalar que en los pabellones hay por lo menos una psicóloga y al no tener buenos resultados con sus tratamientos eran remitidos a psiquiatría lo cual limitaba lógicamente mi intervención.

En el caso de las entrevistas de primera vez para los pacientes candidatos a implante coclear era muy diferente, se presentaban con mucha desconfianza, no entendían porqué si sus expectativas eran de atención en audiología tenían que presentarse a psiquiatría. Con una buena intervención empática y la información básica necesaria para justificar nuestra participación en el protocolo eran necesarios para continuar con la evaluación.

A continuación se describe la entrevista de exploración a los pacientes candidatos a Implante Coclear en el servicio de Psiquiatría del INER. Se resume en cuatro factores básicos. En la **información**, el objetivo es que el paciente no tenga dudas sobre el

implante, desde su funcionamiento y costo hasta los cuidados especiales del mismo, normalmente por la misma dificultad de comunicación de la mayoría de los pacientes, los acompañantes refieren entender esta información pero al momento de explicar o traducirlo al paciente, esta información es tergiversada o confusa. Un aspecto que se resalta continuamente y que debe quedar muy claro, principalmente para los pacientes poslocutivos, es el hecho de no volver a escuchar como antes, que se debe rehabilitar en un nuevo "código" de sonidos. En pocas palabras lo importante es hacer llegar al paciente la información en forma clara para evitar desconcierto o frustración por falsas expectativas. Esto nos da pie al segundo factor, el manejo de **expectativas**, para ello se ha diseñado un cuestionario en donde el paciente responde Verdadero o Falso a una serie de afirmaciones tales como: "con el implante podré hacer y recibir llamadas telefónicas... o podré tener una conversación con varias personas a la vez..." en una sesión posterior se evalúan cada una de sus respuestas y se aclaran dudas. El tercer factor es la **motivación** entendida como la aceptación informada y razonada de ser implantado, ya que el paciente es el único que debe decidir si desea o no ser implantado, sin embargo este factor se complica cuando se trata de los niños ya que son sus padres quienes lo deciden y en ellos existe diversas problemáticas que lo complican como culpabilidad, conflictos conyugales, maltrato del menor, falta de dinero, etc y finalmente la exploración de las **redes de apoyo** no solo desde la perspectiva motivacional o anímica, sino también instrumental. Dado que el implante tiene un costo entre los 15 mil y 25 mil dolares, para la

población que asiste a este instituto no es a simple vista una opción a su alcance, sin embargo con una serie de cartas emitidas por el instituto, muchos de los pacientes han conseguido los recursos económicos para ser implantados (los han patrocinado, empresas, parientes, políticos, instituciones etc.) sin embargo esta labor no es nada fácil, es hacer un sin fin de citas, cartas, tiempo de espera, que refleja un desgaste emotivo en los pacientes y en sus familias, es por ello que vi la necesidad de evaluar constantemente estos cuatro factores, para orientar, fortalecer, motivar y resolver cualquier problema relacional, de información o anímico que desgaste e interfiera en el proceso médico del implante.

VIII-F COMENTARIOS GENERALES DEL SERVICIO

El recibimiento en el INER fue atento por parte del jefe del servicio el Dr. Mario Torres y la Dra. Guadalupe Díaz, la cual, al mes se quedó en lugar del Dr. Torres. Fue un periodo de adaptación no solamente para mí, sino también para la jefa del servicio la cual se ha caracterizado en el instituto, por ser voluble y prepotente, lo que ha acarreado diversos conflictos a lo largo de la rotación, sin embargo siempre me ha prestado su atención, consideración y apoyo. Antes de ingresar a este instituto habían rotado siete compañeras residentes de la maestría, cuando ingrese fue juntó con una compañera que asistió solamente un mes y medio por permiso de ingravidez y, finalmente, en el segundo semestre solamente yo fui asignado al servicio por parte de la maestría. Todos estos cambios se resintieron significativamente y la carga de trabajo se

incremento al cubrir todo el trabajo que anteriormente realizaban seis personas sin descuidar ni suprimir ninguno de los compromisos ya antes adquiridos con el instituto, tales como la evaluación a pacientes aspirantes a un transplante pulmonar, a la evaluación, tratamiento y pláticas mensuales a pacientes de implante coclear, a continuar con los talleres semanales de relajación y distimia, asistir a la juntas mensuales de transplante pulmonar, evaluar y dar tratamiento y seguimiento a pacientes sometidos a cirugía de comunicación interatrial, amigdalectomías, implante, atender la demanda de psicología del servicio de psiquiatría en consulta externa y la atención de interconsultas de pabellones para pacientes hospitalizados que requieran de la atención psicológica en conjunto con psiquiatría.

La formación de la Dra Díaz (jefa del servicio) es en la especialidad de paidopsiquiatría y en psicoterapia psicoanalítica, y consecuentemente fue necesario el estudio y manejo de la terminología y tratamientos psiquiátricos así como de bibliografía sobre tópicos psicoanalíticos lo cual no esta fuera de contexto del marco teórico del programa de residencia, lo anterior ocupó un tiempo y esfuerzo muy importante que se pudo haber aprovechado para el estudio más completo de las patologías neumológicas, de infectología y de otorrinolaringología, de sus tratamientos y en sus repercusiones emocionales y sociales.

El esfuerzo por cumplir con la institución y hacerlo bien, me dio muchas satisfacciones personales y profesionales pero no así la facilidad de realizar investigación bien estructurada, fundamentada y

útil para la difusión y reconocimiento de nuestra especialidad en los ámbitos hospitalarios y psicológicos de nuestra área (presentación de trabajos en congresos, por ejemplo)

Por tanto creo que faltó mucha formación en investigación aplicada al tipo de patologías que éste instituto de especialidades nos brindó, faltó comunicación con la facultad de psicología, nunca se pudo concretar una supervisión adecuada y congruente en la sede, que a su vez sería un gran apoyo (supervisor en situ)

Y una vez más reitero que lo más importante fue la interacción directa con los pacientes, lo cual me dejó más experiencia, satisfacción, he mejorado ciertas habilidades profesionales y humanas. Y la experiencia de interactuar en un ambiente hospitalarios con gran diversidad de personas y "status" y puedo decir con satisfacción que me superé con todo y las diversidades de esta rotación.

IX DISEÑO E INSTRUMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

El tipo de intervención, claro está que lo define el diagnóstico y adecuándolo a las circunstancias de tiempo y lugar con que contamos. Cabe aclararlo ya que al intervenir en un ambiente hospitalario de especialidades, en donde en cada pabellón hay en promedio seis pacientes, es una circunstancia que resta privacidad y la cantidad de pacientes también es un factor determinante para la atención personalizada, algunos de estos y más factores a considerar se mencionaran al describir las intervenciones principales en las cedes de rotación.

útil para la difusión y reconocimiento de nuestra especialidad en los ámbitos hospitalarios y psicológicos de nuestra área (presentación de trabajos en congresos, por ejemplo)

Por tanto creo que faltó mucha formación en investigación aplicada al tipo de patologías que éste instituto de especialidades nos brindó, faltó comunicación con la facultad de psicología, nunca se pudo concretar una supervisión adecuada y congruente en la sede, que a su vez sería un gran apoyo (supervisor en situ)

Y una vez más reitero que lo más importante fue la interacción directa con los pacientes, lo cual me dejó más experiencia, satisfacción, he mejorado ciertas habilidades profesionales y humanas. Y la experiencia de interactuar en un ambiente hospitalarios con gran diversidad de personas y "status" y puedo decir con satisfacción que me superé con todo y las diversidades de esta rotación.

IX DISEÑO E INSTRUMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

El tipo de intervención, claro está que lo define el diagnóstico y adecuándolo a las circunstancias de tiempo y lugar con que contamos. Cabe aclararlo ya que al intervenir en un ambiente hospitalario de especialidades, en donde en cada pabellón hay en promedio seis pacientes, es una circunstancia que resta privacidad y la cantidad de pacientes también es un factor determinante para la atención personalizada, algunos de estos y más factores a considerar se mencionaran al describir las intervenciones principales en las cedes de rotación.

Normalmente la intervención inicia con una entrevista con el establecimiento del rapport, que dependiendo de la referencia se enfoca a la exploración, la orientación, la evaluación diagnóstica o de canalización. Se realizaron los inventarios o baterías pertinentes dirigidos al problema y al los formatos de registro de ser necesario. Dentro de los componentes de relación siempre se expone el encuadré en donde se acuerda junto con el paciente, las reglas y características de la intervención que proponemos, a mencionar algunos factores son: El consentimiento del paciente; en algunas ocasiones los pacientes son referidos por sus médicos tratantes por mala adherencia a los tratamientos o por conductas desadaptadas como la agresión, la estrategia a seguir era encubierta buscando alianzas con el paciente y fomentando la cooperación del enfermo. El establecimiento de horarios; no fueron del todo fijos, pero siempre con el conocimiento del paciente, esto se debió a que en un ambiente hospitalario, los pacientes constantemente son sometidos a estudios de gabinete o laboratorio así como a diversos tratamientos como cirugías, rehabilitación, lavados quirúrgicos, etc por lo cual no es posible establecer un horario fijo con el paciente porque se corre el riesgo de encontrarlo, para ello fue necesario una buena comunicación con el paciente y con los médicos tratantes para estar de acuerdo y no desmotivar al paciente. El número de sesiones; es un caso similar con el establecimiento de los horarios sin embargo siempre se buscó establecerlas, para ir cubriendo objetivos parciales. La confidencialidad de los contenidos de las sesiones, y el involucramiento de los familiares o la simple contención de los mismos.

En términos generales, los diagnósticos que más se presentaron en los dos servicios de rotación fueron: Reacciones adaptativas ansiosas (estrés), adaptativa mixta ansioso-depresiva y depresiva en menor medida. Nomenclatura del DSM IV (Goldman, H H. 1997)

IX-A EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Este rubro es a criterio y dependiendo del plan de trabajo, sin embargo el uso de pruebas y escalas fue más estricto cuando se trató de un paciente que se presentó en sesión clínica del servicio (de oncología del HJM o de Psiquiatría del INER), o cuando se trató de pacientes que entran en alguno de los protocolos tales como el de Transplante pulmonar e implante coclear del INER.

Las áreas principales a evaluar fueron:

- 1) Personalidad
- 2) Inteligencia
- 3) Motivación
- 4) Ansiedad
- 5) Depresión
- 6) Autoconcepto
- 7) Estilo de afrontamiento
- 8) Calidad de vida
- 9) Redes de apoyo (social e instrumental)
- 10) Expectativas

X PRINCIPALES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS UTILIZADAS EN LOS SERVICIOS DE ROTACIÓN

Se realiza una selección de pacientes Inmediatamente después de la entrevista, la información proporcionada del equipo multidisciplinario y la evaluación diagnóstica. En base a esta selección se procede al manejo terapéutico con el paciente y si es necesario con los familiares. Las técnicas principales que se usaron fueron:

- a) Entrenamiento en Relajación
- b) Entrenamiento en Asertividad
- c) Entrenamiento en inoculación del estrés
- d) Psicoterapia de apoyo
- e) Manejo de contingencias
- f) Manejo de la depresión
- g) Psicoterapia cognitiva
- h) Terapia Racional Emotiva
- i) Psicoterapia familiar
- j) Intervención en crisis

En cualquiera de los casos, es importante en la medida de lo posible fijar un número determinado de sesiones, estableciendo un enfoque, metas y objetivos de acuerdo a las necesidades de cada caso. El diagnóstico psicológico, el tipo de intervención y las técnicas utilizadas se reportan en notas de evolución del expediente clínico con la intención de conocer el manejo y evolución del paciente.

XI APOYO PSICOLÓGICO PRE Y POST QUIRÚRGICO EN LOS SERVICIOS

En el HJM, una vez que el equipo médico comunicó con anticipación, ya sea en el pase de visita o directamente al a los residentes de psicología, sobre los candidatos a cirugía radical (colostomía, desarticulación de algún miembro, mastectomía, histerectomía, etc.) es de vital importancia valorar el estado psicológico del paciente con cáncer para llevar a cabo nuestra intervención. Generalmente iniciamos con apoyo psicológico como preparación a la intervención quirúrgica y después de ella, atendiendo tanto al paciente como a sus familiares. La estrategia tiene la finalidad de establecer contacto con el paciente para evaluar la aceptación y adherencia al tratamiento propuesto, a la inoculación del estrés y manejo de la ansiedad y atendiendo a las ideas irracionales generadas en expectativa de la cirugía y con la idea de muerte y pérdida. Una buena preparación prequirúrgica fortalece la aceptación, acelera la recuperación y minimiza los síntomas. La intervención post quirúrgica se encamina a la adaptación activa de su esquema e imagen corporal. Ya sea a través de la información verbal emitida por el paciente donde restituye la experiencia traumática o por la representación gráfica (dibujos) de su cuerpo.

En el caso del INER los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica que atendí, fueron niños menores de 10 años los cuales eran referidos los el servicio de cardio-pediatría y clínica del sueño; diagnosticados con adenoamigdalitis principalmente y que consecuentemente se someten a una cirugía. En estos casos,

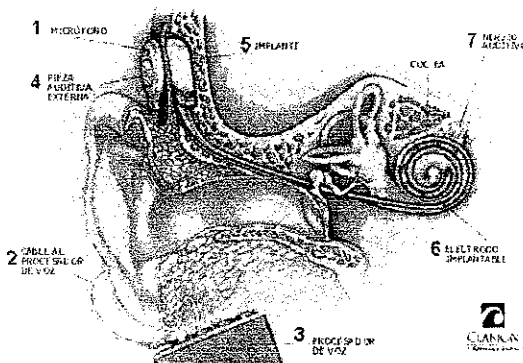
el principal factor a evaluar fue el nivel de información que se le ha proporcionado al paciente, ya que muy comúnmente los padres no lo comunican al niño o mienten (por no asustarlos). Se orienta a los padres en este aspecto y posteriormente se trabaja con el paciente, haciendo dibujos con respecto a la cirugía, realizamos simulacros de la intervención (rol-playing) y si fuera necesario, entrenamiento en respiración diafragmática y relajación con imaginación para el manejo del estrés.

XI-A PACIENTES DE TRANSPLANTE PULMONAR.

El trabajo con este tipo de pacientes se describió más detalladamente en el apartado de intervención en donde se aplican pruebas de personalidad, inteligencia y afrontamiento, sin embargo en lo que corresponde a la cirugía del trasplante pulmonar es necesario enfatizar sobre la posibilidad muy real de nunca ser intervenido, ya que las donaciones, de acuerdo a las normas nacionales de trasplantes, son muy escasas y no siempre los órganos que existen son compatibles con el paciente y se puede presentar rechazo, por tanto las expectativas, miedo y estrés, se mantienen en latencia aún después de la cirugía. Aunado a ello, también existe el deterioro de la evolución esperada de la enfermedad misma que llega a un grado en el cual ya no es recomendable la intervención; normalmente estos pacientes se consideran en etapa terminal y el tipo de intervención por nuestra parte es tanatológico.

Podríamos esperar respuestas similares ante la cirugía de trasplante como en las de implante coclear sin embargo en el año de rotación por este instituto se evaluaron a diez pacientes candidatos de los cuales cuatro murieron, cuatro salieron de la lista de candidatos por deterioro generalizado y dos siguen siendo candidatas, pero en todo este tiempo no se realizó una sola cirugía de trasplante pulmonar.

XI-B PACIENTES DEL PROTOCOLO DE IMPLANTE COCLEAR



Los pacientes candidatos a un implante coclear también se someten a una cirugía que en primera instancia provoca estrés y diversos miedos; no es una intervención urgente

y el tiempo de espera es indeterminado ya que pueden pasar meses y hasta años en lo que se reúne la cantidad de dinero necesario para el implante, esto puede deteriorar la motivación al implante y exacerba el estrés. Un segundo factor es el miedo excesivo o irracional sobre la cirugía, muchos de los pacientes y sus familiares piensan que al tratarse de "la cabeza" podía haber riesgo de dañar al cerebro. En la mayoría de los casos con solo la información adecuada desaparecían estos temores ya que la cirugía de implante se realiza por fuera del cráneo y solamente se introducen los

electrodos en la cóclea por lo tanto en ningún momento existe riesgo de daño neurológico. Una porción más pequeña de los pacientes requieren de algún tipo de entrenamiento en relajación y terapia cognitiva como preparación a su cirugía. En algunos de los casos se desensibilizó haciendo un pequeño recorrido por las instalaciones del instituto incluyendo el pabellón de otorrinolaringología y el área de quirófanos, después en el consultorio se analizan las dudas y temores que el paciente experimentó en el recorrido.

XII PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL PROTOCOLO DE IMPLANTE COCLEAR

Diseño de intervención psicológica del protocolo de implante coclear. Al inicio de la rotación por el servicio de psiquiatría del INER, nuestra participación en el protocolo de Implante Coclear solamente se limitaba a la aplicación de algunas pruebas psicológicas como el Bender, el Minesota y el Macover aunado al examen mental, tanto la psiquiatra jefa del servicio y los médicos de audiología y otorrinolaringología, expresaban principalmente el interés por evaluar la inteligencia de los candidatos sin embargo no existía ningún instrumento para evaluarlo.

Al estudiar cuales eran los componentes psicológicos más importantes en el implante encontré que en ninguno de los principales centros internacionales donde se realiza este tipo de intervenciones mencionan a la inteligencia como un factor decisivo en la implantación, quizás se entienda por el proceso de aprendizaje

electrodos en la cóclea por lo tanto en ningún momento existe riesgo de daño neurológico. Una porción más pequeña de los pacientes requieren de algún tipo de entrenamiento en relajación y terapia cognitiva como preparación a su cirugía. En algunos de los casos se desensibilizó haciendo un pequeño recorrido por las instalaciones del instituto incluyendo el pabellón de otorrinolaringología y el área de quirófanos, después en el consultorio se analizan las dudas y temores que el paciente experimentó en el recorrido.

XII PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL PROTOCOLO DE IMPLANTE COCLEAR

Diseño de intervención psicológica del protocolo de implante coclear. Al inicio de la rotación por el servicio de psiquiatría del INER, nuestra participación en el protocolo de Implante Coclear solamente se limitaba a la aplicación de algunas pruebas psicológicas como el Bender, el Minesota y el Macover aunado al examen mental, tanto la psiquiatra jefa del servicio y los médicos de audiología y otorrinolaringología, expresaban principalmente el interés por evaluar la inteligencia de los candidatos sin embargo no existía ningún instrumento para evaluarlo.

Al estudiar cuales eran los componentes psicológicos más importantes en el implante encontré que en ninguno de los principales centros internacionales donde se realiza este tipo de intervenciones mencionan a la inteligencia como un factor decisivo en la implantación, quizás se entienda por el proceso de aprendizaje

al que hay que someterse en el periodo de rehabilitación, pero al no haber un instrumento adecuado para la evaluación de la inteligencia en sordomudos decidí eliminarlo y explorarlo solamente como una impresión clínica. Sin embargo encontré más fundamentos teóricos en donde el papel del psicólogo es mucho más amplio en este tipo de intervenciones (I.C.), como el nivel y capacidad de los padres para decidir sobre el implante cuando se trata de un menor de edad, el efecto en la estructura de la personalidad cuando se trata de adolescentes, cuando el paciente es un adulto mayor también tiene sus implicaciones particulares, algunos adultos piensan que no vale la pena un gasto tan fuerte (baja autoestima o pobre proyección a futuro), también es importante evaluar las expectativas y la proyección a futuro de los padres, hijos y demás parientes y amigos de los pacientes, las expectativas sobre el implante, las redes de apoyo social e instrumental para solventar o buscar el apoyo económico necesario para el implante ya que se trata de un aparato muy costoso que cuesta entre 15 mil a 25 mil dolares. Y en todos los casos los conceptos y explicaciones son distintos cuando se trata de un paciente pre-locutivo o pre-lingual a un paciente pos-locutivo. pos-lingual.

Por lo tanto se diseñó un programa de protocolo psicológico de evaluación, atención y seguimiento a los pacientes candidatos e implantados. Primeramente se dividió en cuatro tiempos fundamentales del proceso de implantación: la selección y evaluación inicial, la cirugía de implante, después de un mes de la operación el encendido y ecualización del procesador y finalmente el

proceso de rehabilitación del habla el cual varía en tiempo dependiendo mucho si se trata de un paciente pre o pos-lingual, escolar o adulto

El protocolo se dividió a su vez en tres niveles: para niños, adolescentes y adultos y en cada nivel se evaluarán cuatro factores fundamentales que ya se mencionaron en la entrevista, a saber son el nivel de información, las expectativas, motivación y apoyo social principalmente instrumental.

En cada uno de los tiempos del proceso se podrá atender oportunamente cualquier alteración emocional tal como ideas irracionales sobre el implante, falsas expectativas sobre el mismo, sobre alteraciones en la estructura de la personalidad, principalmente en los adolescentes, ansiedad o estrés adaptativa ante la cirugía, miedo, depresión, etc

Una vez establecido este formato, se procedería a “afinarlo” al hacer la distinción no solo por niveles, sino por grupo prelingual y poslingual. Solamente se esbozó el los contenidos principales del programa, falta el desarrollo operativo de dicha propuesta ya que no hubo tiempo para afinarlo y probarlo.

PROTOCOLO PSICOLOGICO DE IMPLANTE COCLEAR

SELECCIÓN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE IMPLANTADO

*Posteriormente se dividiría en pre y poslinguales		PROCESO DE IMPLANTACIÓN			
		SELECCIÓN EVALUACIÓN	CIRUGÍA DE IMPLANTE	ENCENDIDO DEL IMPLANTE	REHABILITACIÓN
NIÑOS	INF EXP MOT A.S.				
ADOLESCENTES	INF EXP MOT A.S.				
ADULTOS	INF EXP MOT A.S.				

INF
EXP
MOT
A.S.
 Información Expectativas Motivación Apoyo Social

Durante la rotación por el servicio de Psiquiatría, atendiendo a los pacientes candidatos e implantados y participando en las sesiones mensuales, es como he conocido algunas de las reacciones y afectaciones psicológicas más frecuentes en este tipo de pacientes ante este tipo tan especial de tratamiento y apoyado por la investigación bibliográfica pienso que este esquema es una buena base para hacer un programa realmente importante en el protocolo de implante coclear, que atiende integralmente a sus pacientes fomentando la investigación y generando datos y conocimiento en nuestra especialidad y para el instituto.



XIII ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

Este apartado lo considero de mucha importancia ya que una de las experiencias reales a las que nos enfrentamos en este tipo de sedes es con la muerte; tanto en el HJM con los pacientes oncológicos y en el INER con pacientes con fibrosis pulmonar terminal o enfermos inmunodeprimidos por el VIH.

Cuando el paciente se encuentra en fase terminal, la intervención psicológica forma parte de los aspectos más importantes de su manejo. En el equipo médico se plantean preguntas tales como, cuándo, quien informa al paciente y a la familia y plantear la posibilidad de iniciar un manejo de cuidados paliativos.

El acompañamiento y el manejo de las diferentes emociones generadas a partir de la noticia se enfocan a la calidad de vida, afrontando y tomando decisiones, en la búsqueda de una muerte digna con el menor sufrimiento posible. Kubler Ross menciona las diferentes etapas por las que el paciente pasa en la proximidad de la muerte.

Negación y aislamiento. El paciente no acepta que va a morir, reconoce la posibilidad de muerte pero no lo acepta como una realidad propia, frecuentemente se muestra callado y reflexivo sobre su situación actual pero lo rechaza y descarta ante el deseo de seguir con vida.

Ira. Cuando la negación no puede seguirse manteniendo en tanto que el enfermo se esta engañando es sustituida por la ira. El paciente se pregunta ¿Por qué yo?, ¿por qué tuvo que ser cáncer o

sida?, etc. Detrás de estos cuestionamientos se presentan enormes cargas de rabia, envidia y resentimiento, descargándose en la familia o en el equipo médico, etc. El enojo es por ver su vida injustamente bloqueada e interrumpida por la enfermedad.

Pacto. El paciente intenta elaborar un pacto consigo mismo y su existencia; busca una prolongación de su vida o, por lo menos pasar más tiempo sin dolor o molestias físicas, el pacto busca una oportunidad de posponer los hechos, en él, el enfermo accede a "portarse bien", a "cooperar con todo" con el fin de prolongar su vida.

Depresión; se presenta cuando el paciente acepta su situación y comprende que esta desahuciado, las molestias y recaídas se hacen más frecuentes y dolorosas, por lo que se siente debilitado e impotente, su sensibilidad, ira, rabia son remplazadas por la sensación de pérdida inminente de todos sus ideales, de sus seres queridos y pertenencias, se prepara para perder todos los elementos que integraron y formaron su existencia.

Aceptación. En esta etapa el paciente reconoce que el proceso de preparación para su muerte ha sido completado, acepta su destino y se integra en el en diversas formas tales como retraimiento, debilitamiento general, apatía, en la necesidad de prolongar cada vez más sus horas de sueño, etcétera. Este proceder significa que la lucha ha terminado.

Nuestra intervención en cada una de las etapas tendrá el propósito de promover la aceptación, el manejo de los sentimientos y emociones de la familia que generalmente se centran en la culpa y depresión. Aún cuando estas etapas se conciben como mecanismos de defensa en otro marco teórico, sin embargo describen muy bien

el proceso de evolución de la enfermedad y sus repercusiones psicológicas. En estos pacientes utilizamos mucho la terapia cognitiva enfocada a la depresión, el entrenamiento en habilidades sociales y la modificación de conducta en busca de la adherencia a los tratamientos y calidad de vida digna por el resto que le quede.

XIV CURSOS Y CONGRESOS

Los cursos y congresos en los que asistimos y participamos se realizaron en el periodo comprendido del año de reestructuración del programa de la maestría en psicología profesional (1998-1999) y en el año de residencia en el Hospital Juárez (1999-2000) ya que en la segunda rotación las características del servicio y del personal no facilitaron la asistencia a este tipo de eventos (2000-2001).

Participación como exponente en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) y la Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual (FUNVECA), con el tema: "Manejo terapéutico en el abordaje de pacientes oncológicos", realizado en la ciudad de Granada España en noviembre de 1999.

Constancia de participación como Profesor en la sesión cultural de enfermería del servicio de oncología del Hospital Juárez de México, con el tema: "Habilidades Sociales en las Relaciones Laborales" llevada a cabo el 4 de agosto de 1999.

el proceso de evolución de la enfermedad y sus repercusiones psicológicas. En estos pacientes utilizamos mucho la terapia cognitiva enfocada a la depresión, el entrenamiento en habilidades sociales y la modificación de conducta en busca de la adherencia a los tratamientos y calidad de vida digna por el resto que le quede.

XIV CURSOS Y CONGRESOS

Los cursos y congresos en los que asistimos y participamos se realizaron en el periodo comprendido del año de reestructuración del programa de la maestría en psicología profesional (1998-1999) y en el año de residencia en el Hospital Juárez (1999-2000) ya que en la segunda rotación las características del servicio y del personal no facilitaron la asistencia a este tipo de eventos (2000-2001).

Participación como exponente en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) y la Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual (FUNVECA), con el tema: "Manejo terapéutico en el abordaje de pacientes oncológicos", realizado en la ciudad de Granada España en noviembre de 1999.

Constancia de participación como Profesor en la sesión cultural de enfermería del servicio de oncología del Hospital Juárez de México, con el tema: "Habilidades Sociales en las Relaciones Laborales" llevada a cabo el 4 de agosto de 1999.

Asistí al "I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la salud" celebrado en la ciudad de Granada España, los días 24,25,26, y 27 de noviembre de 1999, con una duración de 40 horas

Simpósio "Salud Mental: Paciente pediátrico y familia". Impartido en el Instituto Nacional de Pediatría. Realizado en la Ciudad de México, el 9 y 10 de sept. de 1999. Duración: 9 Hrs

III Curso de "Psicooncología". Impartido por el Instituto Nacional de Cancerología- México. Realizado del 25 al 27 de agosto de 1999. Duración: 18Hrs.

Curso "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión y el Suicidio" Impartido por el Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 8 al 12 de febrero de 1999. Duración: 30 Hrs.

Taller "Reflexiones sobre la Sexualidad desde la perspectiva de Género" Impartido en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" por la Coordinación de Salud Mental, SSA. Se llevó a cabo del 7 al 10 de diciembre de 1998. Duración: 24 Hrs.

Curso Precongreso "Introducción a las Terapias Cognitivo-Conductuales "Organizado por La asociación de Especialistas en Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Se llevó a cabo el 16 de septiembre de 1998. Duración: 7 Hrs.

Curso "Manejo de la Ansiedad y la Depresión" Impartido en el Centro Comunitario de Salud Mental, SSA, en coordinación con el

Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 24 al 28 de agosto de 1998. Duración: 30 Hrs

"IV Reunión Internacional de Neurología y Neurociencias". Organizado por la Dirección general de Educación Militar y Rectoría de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, la Escuela Militar de Graduados de Sanidad y la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Se llevó a cabo del 1 al 4 de julio de 1998. Duración: 30 Hrs

Curso "Introducción a la Psicología de la Salud" Impartido en el Centro Comunitario de Salud Mental, SSA, en coordinación con el Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 22 al 26 de junio de 1998. Duración: 30 Hrs.

Curso "Introducción a la Psicogeriatría" Impartido en el Centro Comunitario de Salud Mental, SSA, en coordinación con el Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 20 al 24 de abril de 1998. Duración: 30 Hrs.

XV COMENTARIOS FINALES

Desde un inicio las cosas no marcharon bien del todo, creo que iniciamos en esta maestría con mucho ánimo y entusiasmo, sin embargo muy pronto las cosas cambiaron al ser prácticamente abandonados en los centros comunitarios, sin apoyo y dirección. El único contacto era con el "SECOSAM, Cuahutemoc" en el cual entramos al "juego" de los psiquiatras con su omnipotencia y formación psicoanalítica, los cuales se quejaban constantemente de la facultad y viceversa, no había un plan concreto (programa

Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 24 al 28 de agosto de 1998. Duración: 30 Hrs

"IV Reunión Internacional de Neurología y Neurociencias". Organizado por la Dirección general de Educación Militar y Rectoría de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, la Escuela Militar de Graduados de Sanidad y la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Se llevó a cabo del 1 al 4 de julio de 1998. Duración: 30 Hrs

Curso "Introducción a la Psicología de la Salud" Impartido en el Centro Comunitario de Salud Mental, SSA, en coordinación con el Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 22 al 26 de junio de 1998. Duración: 30 Hrs.

Curso "Introducción a la Psicogeriatría" Impartido en el Centro Comunitario de Salud Mental, SSA, en coordinación con el Dpto. de Medicina Familiar de esta Facultad UNAM. Se llevó a cabo del 20 al 24 de abril de 1998. Duración: 30 Hrs.

XV COMENTARIOS FINALES

Desde un inicio las cosas no marcharon bien del todo, creo que iniciamos en esta maestría con mucho ánimo y entusiasmo, sin embargo muy pronto las cosas cambiaron al ser prácticamente abandonados en los centros comunitarios, sin apoyo y dirección. El único contacto era con el "SECOSAM, Cuahutemoc" en el cual entramos al "juego" de los psiquiatras con su omnipotencia y formación psicoanalítica, los cuales se quejaban constantemente de la facultad y viceversa, no había un plan concreto (programa

operativo) se nos dio tardíamente un esbozo de programa hecho a mano y con muchas inexactitudes, así transcurrió un año “en el exilio” ya que no fuimos inscritos en la UNAM, durante ese año dimos profesionalmente lo mejor de nosotros actuando, participando y estudiando en forma autodidacta sobre las necesidades de los centros a los que fuimos asignados

En este tiempo por parte de la facultad, se programo un “curso propedéutico” totalmente improvisado, informal y confuso ya que lo que comenzó por ser Psicología de la Salud tenía que cambiar a Medicina Conductual y creo que nada encajaba ya, ni con los contenidos del programa y sus materias. Los mismos profesores los percibí confundidos y en algunos casos hasta desinteresados por la maestría

No puedo decir que fue tiempo perdido ya que fue muy rico en formación y experiencia pero que tras un cambio del programa del cual nunca fuimos informados, ya que esta situación fue engañosamente manipulada, sencilla y tranquilamente se eliminó todo este año sin reconocimiento alguno, informándonos de ello, aproximadamente un año después.

En las siguientes rotaciones, a pesar de estar ya inscritos las cosas no cambiaron mucho, nunca aparecimos (mi generación) en las listas de postgrado para obtener una credencial que nos acreditará como estudiantes de la maestría, las materias seguían siendo igual de inadecuadas, en la sede de residencia seguían

prometiendo la instrumentación del programa operativo como el designar supervisor "in situ" cosa que nunca sucedió a lo largo de los tres años de residencia

Aún cuando en primera instancia nos sentíamos desamparados, se presentó la ocasión para dar lo mejor de nosotros como personas y como profesionistas, tuvimos siempre la posibilidad de estudiar, de ser autodidactas, de asesores que siempre se prestaron a brindar un consejo o sugerencia y a mucha gente: enfermeras, médicos de base, residentes de otras especialidades a enseñarnos y apoyarnos.

Un aspecto que considero importante es que no me asignado a las sedes que a mi me interesaban, y rote en las que referían como problemáticas, principalmente por el trato de su personal y por la mala imagen de algunos residentes de la maestría, sin embargo creo que siempre mantuve una relación de respeto y responsabilidad lo cual me retribuyó una estancia aceptable de respeto y amistad en dichas sedes, lo cual considero un logro personal.

Otros comentarios sobre las sedes de rotación ya los mencione en sus respectivos apartados, creo que efectivamente por nuestra parte la motivación fue decayendo y en muchas ocasiones creo que hasta nos mostramos apáticos, situación que se reflejó claramente en las participaciones y calificaciones de las materias y no se obtuvo o perdió, mucha información importante estadística en los hospitales sobre las patologías, las características de los

pacientes, de los casos psicológicos que se presentaron y de las intervenciones que realizamos.

Estoy seguro que para nuestros maestros será difícil evaluar y juzgar lo que no es tangible y que no consta, seguramente desearían que hubiéramos producido mucho de nuestra estancia en estas sedes, pero espero que consideren que hicimos siempre, lo que en nuestra capacidad y empeño, pone siempre en respeto por nuestra profesión y universidad.

Sin embargo, aun con todo, agradezco la oportunidad de la experiencia de pertenecer al equipo en un ambiente hospitalario, a la experiencia adquirida tanto en las cosas que resultaron bien como en aquellas que fue difícil, a las becas recibidas, a la oportunidad de aspirar a un postgrado en compañía de algunos profesores comprometidos que me brindaron no solamente asesoría, sino también su amistad, y una vez más a la oportunidad de hacer lo que más me gusta profesionalmente hablando, tener a los pacientes frente a mí, pacientes que confiaron en mí y de los cuales aprendí tanto trabajando en la solución de aquello que los aqueja, ello tiene un valor inimaginable. Gracias

Como comentario final quisiera externar un sentimiento muy personal, quiero seguir trabajando, formándome e investigar en el área de la medicina conductual y continuar con esta gran experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agras, W.S. (1982) Behavioral medicine in the 80's. Journal of Consulting and Clinical Psychology, N°50.
- Ardila, R, Ph. D. (1998) "El problema mente-cuerpo: implicaciones para la psicología de la salud". Psicología Contemporánea, Vol. 5, N° 2 Ed. Manual Moderno.
- Bayés, R. (1992). "Psicología Oncológica". Libros Universitarios y Profesionales Ed. Martínez Roca, Barcelona España.
- Becoña, E , L. Vázquez F., y Oblitas L.A. (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud"
Rev. Psicología Contemporánea Vol. 2 N°1
- Birk, L. (1973). Biofeedback Behavioral Medicine New York, Grunne and Stratton.
- Breslow, 1972; Santacreu, 1991; Seeman, 1989, en Fernández-Ballesteros, R., y Carrobles, J. 1988. "Perpectivas de la Psicología de la Salud en Europa". Madrid, España, Ed. Pirámide.
- Callaham, 1977; Friedman y Di Mateo, 1989; Kazdin, 1978; Matarazzo, J. Weiss, Harrd, Miller, Weiss, 1984; Schwartz, G. E. y Weiss, 1978; Gatchel, Baum, y Krantz, 1989. citados en Becoña, E , L. Vázquez F , y Oblitas L.A. (1995) "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud"
Rev. Psicología Contemporánea Vol. 2 N°1

- De la Fuente J.R (1996) "Psicología Médica" Ed Fondo de Cultura Económica. México pp.15.
- Engel, G L. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: el cambio; biomedicina y ciencia 129-136.
- Engel, G L. (1980). "The Clinical Application of the Biopsychosocial model" American Journal of Psychiatry, 137, 535, 544
- Fernández-Ballesteros, R., y Carrobes, J. 1988. "Perpectivas de la Psicología de la Salud en Europa". Madrid, España, Ed. Pirámide.
- Goldman Howard H. (1997) "Psiquiatría General" México D.F. Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Hernan San Martín (1984) "Salud y enfermedad". Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A 4ª, edición.
- Holland, J.C. y Rowland, J.H. (1989), "Handbook of Psychooncology, Psychological Care of Patient with cancer". U.S.A., Oxford University Press.
- Lain, 1978; Bishop, 1944 op. cit. Hernan San Martín (1984) "Salud y enfermedad". Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. 4ª, edición

Lazarus R. S., y Folkman, S. (1984). "Estrés y procesos cognoscitivos" Barcelona España. Ed. Martines Roca.

Matarazzo, J. D. (1982) "Behavioral health's challenge to academic, scientific, and profesional psychology". American Psychologist, 37,1-14

Matarazzo, J.D. (1984); Winett, King y Atman, (1989); Lancaster (1990) Matarazzo, (1984); op. cit Becoña, E., L Vázquez F, y Oblitas L.A. (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud"
Rev. Psicología Contemporánea Vol. 2 N°1

Taladrid, B (1993), "Guía para el paciente con Cáncer".
Ed. Contenido, México.

Roca M y Arroyo M.B. (1996) "Trastornos depresivos en patologías Médicas". Barcelona. Ed. Masson

Shapiro, D. (1988). "Hacia una medicina comportamental comprensiva" Revista Latinoamericana de Psicología
Vol 20, N°1 University of California, los Angeles. U.S A

ANEXO I

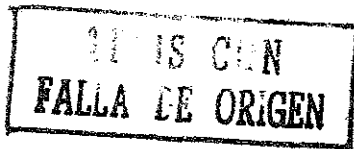
GUIA DE DIAGNOSTICO PARA LOS RESIDENTES

NOMBRE DEL HOSPITAL:

NOMBRE DEL RESIDENTE:

Ambientación: Espacio físico	Cantidad
Número de consultorios y utilización de los mismos	
Número de salas de espera	
Cantidad aproximada de sillas para la sala de espera	
Número aproximado de pacientes diariamente atendidos	
El horario del lugar es de:	
El lugar de trabajo cuenta con laboratorio de análisis clínicos rayos X farmacia, u otro servicio auxiliar	
Conocimiento del personal:	
¿Cómo es el organigrama de tu lugar de trabajo? (Anéxelo)	
¿Hay dirección?	
¿Hay subdirección?	
¿Hay jefatura de enseñanza?	
¿Cuántos médicos hay? (por turno, total)	
¿Qué especialidades tienen los médicos?	
¿Cuántas enfermeras hay? (por turno, total)	
¿Cuántas trabajadoras sociales hay? (por turno, total) ¿Qué hacen?	
¿Cuántos dentistas hay? (por turno, total)	
¿Qué hacen?	
¿Cuántos psiquiatras hay? (por turno, total)	
¿Qué hacen?	
¿Qué instrumentos de evaluación utilizan?	

¿Cuántos pacientes atienden diariamente?	
¿Cuántos psicólogos hay? (por turno, total)	
¿Qué hacen?	
¿Qué instrumentos de evaluación utilizan?	
¿Cuántos pacientes atienden diariamente?	
¿Hay residentes médicos?	
¿Cuántos?	
¿Cuáles son las funciones y rol de actividades de los residentes médicos?	
¿Cómo se maneja el archivo clínico y los expedientes?	
Encuesta: Incidencia de problemas médicos	
¿Cuáles son los problemas que se atienden diariamente?	
Registra la frecuencia diaria de problemas por una semana	
Elabora una tabla de frecuencias con los problemas atendidos diariamente	
¿Cuáles problemas se canalizan a otros centros?	
¿Existen programas formales de salud comunitaria?	
¿Cuál(es)?	
Incidencia de problemas psicológicos en padecimientos crónicos:	
Identificar los problemas psicológicos existentes, susceptibles de ser tratados	
De los pacientes cancerosos internados: tiempo de estancia y tratamientos	
De los pacientes cancerosos externos: periodicidad de las citas y tratamientos	



ANEXO II

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE ONCOLOGIA

Nombre: _____ Fecha: _____

INVENTARIO CONDUCTUAL DE CANCER

Este cuestionario contiene muchas de las cosas por las que atraviesa una persona cuando recibe tratamiento para el cáncer. Nosotros estamos interesados en su criterio de que tan cierto se puede acompañar de estas cosas.

Por favor lea cada una de las preguntas y encierre en un círculo la respuesta que vaya de acuerdo a lo que usted considere le este pasando, si usted encierra el círculo 1 significa que no es nada cierto que usted presente esa conducta y si encierra en un círculo el 9 significa que es totalmente cierto que usted presente esa conducta. Los números a mitad de la escala indica que esta moderadamente de acuerdo con esa conducta a revisar.

Por favor conteste todas las preguntas. Si no esta seguro, tómese su tiempo y hágalo lo mejor que pueda.

Table with 8 rows of behavioral questions and 9 columns of response options (1-9). Each row includes a description of the behavior and the corresponding numerical scale.

9 - Pregunta sus dudas al personal de salud	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
10 - Ha enfrentado la caída del cabello	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
11 - Utiliza la negación ante la enfermedad y los tratamientos	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
12 - Permanece relajado durante los tratamientos de quimioterapia o radioterapia	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
13 - Ha afrontado los cambios físicos de su cuerpo	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
14 - Ignora las cosas de las que no puede ocuparse	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
15 - Participa activamente en las decisiones con relación a los tratamientos	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
16 - Comparte sus sentimientos	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9
17 - Permanece relajado mientras espera por más de una hora su consulta	NO ES NADA CIERTO	1 2 3	MODERADAMENTE CIERTO	4 5 6 7	TOTALMENTE CIERTO	8 9

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

18.- Expresa al personal de hospital, sus sentimientos de enojo y hostilidad	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
19.- Busca información acerca del cáncer o sus tratamientos	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
20 - Expresa sus sentimientos negativos acerca del cáncer	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
21 - Permanece ocupado con actividades	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
22.- Ha encontrado algún escape	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
23 - Ha reducido la ansiedad asociada a una transfusión de sangre	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
24 - Mantiene su sentido del humor	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
25 - Ha aceptado los cambios físicos o limitaciones causadas por el tratamiento del cáncer	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9
26 - Busca consolación	NO ES NADA CIERTO	1	2	3	MODERADAMENTE CIERTO	4	5	6	7	TOTALMENTE CIERTO	8	9

27.- Se han reducido las náuseas asociadas con el tratamiento de quimioterapia o radioterapia	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
28.- Mantiene la esperanza	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
29.- Pregunta sus dudas a los médicos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
30.- Cree que esta haciendo cosas inútilmente	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
31.- Se mantiene el dolor	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
32.- Se mantienen las náuseas y los vómitos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
33.- Controla sus sentimientos negativos acerca del cáncer	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**