



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Residencia en Medicina Conductual

## **“MANEJO DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CÁNCER TORÁCICO”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

**LIC. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ**

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO

DRA. MARGARITA FERNÁNDEZ VEGA

MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

DRA. MARÍA ROSA AVILA COSTA

MÉXICO, D. F. 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Todo lo que se ha logrado durante estos dos años y medio de maestría, fue gracias al apoyo de muchas personas importantes a quienes dedico este trabajo:

A DIOS que siempre me ha protegido, guiado y ayudado aún en los momentos más complicados de mi vida.

A MI MADRE por su infinito e incondicional apoyo, por darme la existencia y por ser mi más grande ejemplo de vida.

A MI TÍA MARY por su amor de segunda madre, sus consejos y sus excelentes tratos para conmigo.

A MI ALFREDITO por su gran paciencia, amor incondicional, consejos y gran apoyo en los momentos de tristeza y desamparo. Por ser un excelente novio y buen amigo. Te amo muchototote!!!!

A MI PAPÁ ACADÉMICO LEO: Muchas gracias por tu apoyo, consejos académicos y por compartir conmigo “las mañas” que me hicieron terminar este proyecto. Gracias porque a pesar de ser tan latosa me brindaste tu tiempo y enseñanzas. Siempre serás mi papá académico y yo tu hijita cuervo.

A MI MAMÁ ACADÉMICA SANDRA: Por su confianza, apoyo, consejos y asesorías. Gracias a su motivación me aventure a hacer una maestría.

A MI TÍA ACADÉMICA CRIS: Por su apoyo y comprensión, por reforzarme en su momento para terminar este reporte y hacerme ver que todo puede ser más sencillo si soy empática con el paciente. Gracias por haber sido mi supervisora académica.

A LA DRA. MARGARITA FERNANDEZ Y AL DR. URIEL RUMBO por su disposición, amabilidad y tiempo para llevar a cabo este trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

A TODOS MIS PACIENTES por ser el mejor libro que pude tener, ustedes me enseñaron que la vida es única y que las adversidades son sólo un motivo más para salir adelante. Gracias por su participación en este estudio.

¡Dios los bendiga!

## INDICE:

	<i>Página</i>
<b><i>Introducción</i></b> .....	6
<b><i>“Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico”</i></b>	
<b><i>Resumen</i></b> .....	10
<b><i>Antecedentes</i></b> .....	11
• <i>Aspectos Médicos del Cáncer de Tórax</i>	11
• <i>Aspectos Psicológicos del Cáncer de Tórax</i>	21
• <i>Entrenamiento Psicológico en Pacientes con Cáncer de Tórax</i>	25
<b><i>Justificación</i></b> .....	31
<b><i>Pregunta de investigación</i></b> .....	32
<b><i>Hipótesis</i></b> .....	32
<b><i>Objetivos</i></b> .....	33
<b><i>Diseño del estudio</i></b> .....	33
<b><i>Método</i></b> .....	33
<i>Participantes</i> .....	33
<i>Tipo de muestreo</i> .....	34
<i>Criterios (inclusión/exclusión/eliminación)</i> .....	34
<i>Escenario</i> .....	34
<i>Descripción de variables</i> .....	35
<i>Materiales e instrumentos</i> .....	35
<i>Procedimiento</i> .....	35
<i>Consideraciones éticas</i> .....	36
<b><i>Análisis de Resultados</i></b> .....	37
<b><i>Resultados</i></b> .....	37
<b><i>Discusión</i></b> .....	48
<b><i>Conclusiones</i></b> .....	51

## **PRIMER AÑO DE RESIDENCIA**

### ***Hospital Juárez de México Servicio de Oncología***

<b><i>Características del Hospital.....</i></b>	<b>55</b>
<b><i>Características del Servicio.....</i></b>	<b>55</b>
<b><i>Líneas de Autoridad.....</i></b>	<b>56</b>
<b><i>Programación de Actividades para el 1er año de Residencia.....</i></b>	<b>57</b>
<b><i>Descripción de Actividades Realizadas.....</i></b>	<b>59</b>
1. <i>Actividades relacionadas con la práctica clínica psicológica.....</i>	59
2. <i>Actividades Académicas.....</i>	60
3. <i>Actividades de Investigación.....</i>	61
4. <i>Asistencia a Eventos Académicos.....</i>	62
<b><i>Estadísticas de pacientes atendidos durante el 1er año de Residencia.....</i></b>	<b>62</b>
<b><i>Competencias Adquiridas por el residente de Medicina Conductual en el Servicio de Oncología.....</i></b>	<b>68</b>
<b><i>Evaluación del Servicio y de la Supervisión.....</i></b>	<b>69</b>
<b><i>Recomendaciones.....</i></b>	<b>70</b>
<b><i>Conclusiones.....</i></b>	<b>70</b>

## **SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)  
"Ismael Cosío Villegas"  
Servicio de Neumología Oncológica**

<b><i>Características del Hospital.....</i></b>	<b>71</b>
<b><i>Características del Servicio.....</i></b>	<b>71</b>
<b><i>Líneas de Autoridad.....</i></b>	<b>73</b>
<b><i>Programación de Actividades para el 2º año de Residencia.....</i></b>	<b>73</b>
<b><i>Descripción de Actividades Realizadas.....</i></b>	<b>73</b>
5. <i>Actividades relacionadas con la práctica clínica psicológica.....</i>	74
6. <i>Actividades Académicas.....</i>	74
7. <i>Actividades de Investigación.....</i>	75
8. <i>Asistencia a Eventos Académicos.....</i>	75
<b><i>Estadísticas de pacientes atendidos durante el 2º año de Residencia.....</i></b>	<b>76</b>
<b><i>Competencias Adquiridas por el residente de Medicina Conductual en el Servicio de Neumología Oncológica.....</i></b>	<b>79</b>
<b><i>Evaluación del Servicio y de la Supervisión.....</i></b>	<b>80</b>
<b><i>Recomendaciones.....</i></b>	<b>80</b>
<b><i>Conclusiones.....</i></b>	<b>81</b>
<b><i>Referencias.....</i></b>	<b>82</b>
<b><i>Anexos.....</i></b>	<b>89</b>

## INTRODUCCIÓN:

En la actualidad se sabe que la medicina conductual es el campo interesado en los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas. El término Medicina Conductual fue utilizado por primera vez por Birk (1973) y hacía hincapié al uso de técnicas conductuales para resolver problemas de salud como asma, epilepsia y la enfermedad de Reynaud. Posteriormente en la “Conferencia sobre Medicina Conductual” que se llevó a cabo en la Universidad de Yale esta disciplina fue definida como: *“el 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”* (Schwartz & Weiss, 1978).

Considerando esta definición se espera que el residente en medicina conductual aprenda habilidades básicas, las lleve a cabo en la práctica supervisada y que las enriquezca a lo largo de toda la residencia. En el caso del programa de la residencia en Medicina Conductual se tiene como objetivo que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo al principio de aprender haciendo y que desarrolle las competencias necesarias para resolver problemas (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

El psicólogo especialista en medicina conductual trabaja principalmente con los siguientes objetivos (Anguiano, 2003):

- Modificar las conductas que en sí mismas constituyan un problema para el paciente,
- Enfocar un cambio de conducta hacia la persona, la familia y el personal de salud con el fin de mejorar la calidad de vida durante el proceso de enfermedad.
- Manejar diferentes técnicas para mejorar el apego del paciente hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.

Estas competencias son necesarias para prevenir y solucionar problemas prioritarios (durante las diferentes etapas de la enfermedad) mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos tanto a nivel individual como grupal teniendo como margen los diferentes niveles de prevención (Roa, 1999; Reynoso, 2000).

En el caso de los pacientes con cáncer este tipo de intervenciones son de suma importancia ya que esta enfermedad se caracteriza por ser complicada y perturbadora. El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte a nivel mundial (Malvezzi, Bertuccio, Levi, La Vecchia & Negri, 2012; Siegel, Naishadham & Jemal, 2012), se caracteriza por la multiplicación incontrolada de células que da lugar a la destrucción de tejidos normales y a la formación de masas tumorales llamadas neoplasias. Tiene la capacidad de invadir los tejidos cercanos y moverse a otras partes del cuerpo, a través del torrente sanguíneo o sistema linfático, donde forman nuevos tumores que reciben el nombre de metástasis (World Health Organization, 2008).

De acuerdo con la ubicación y el tejido del cuerpo que involucre los tumores malignos pueden clasificarse como:

1. Carcinomas: si se han originado en tejidos epiteliales (cáncer de células escamosas), como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales, o en los tejidos glandulares (adenocarcinomas). Entre estos se incluyen las neoplasias de los aparatos respiratorio y digestivo.
2. Sarcomas: neoplasias malignas de los tejidos muscular, óseo y conectivo.
3. Linfomas: cánceres del sistema linfático
4. Leucemias: cánceres de los órganos que forman la sangre los cuales se originan en gran medida en la médula ósea.

La investigación en el tema del cáncer no sólo se ha orientado en el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y de tratamiento, sino también hacia aspectos como la influencia de estados emocionales, los estilos de vida, los factores sociales-ambientales en la aparición de la enfermedad y la manera cómo los pacientes enfrentan todas las etapas de la enfermedad, por lo que el papel del especialista en psicología se hace fundamental y necesario.

Rodríguez, Aránzazu y Palao (2004) mencionan que las actividades psicológicas que se realizan en personas diagnosticadas con cáncer son:

- a) Resolver problemas psicológicos de los pacientes generados por problemas físicos causados por el padecimiento.
- b) Propiciar un mayor entendimiento de la enfermedad y sus implicaciones médicas y psicológicas.
- c) Favorecer en el paciente una percepción de control durante el proceso de la enfermedad evitando que sea dependiente de otras personas.
- d) Crear e implementar alternativas educativas para prevenir problemas físicos y psicológicos.
- e) Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia al tratamiento oncológico como por ejemplo las sesiones psicoeducativas y pláticas grupales.
- f) Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, relajación, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión que suelen ser comunes ante las revisiones médicas, procedimientos médicos invasivos y durante la estancia intrahospitalaria.
- g) Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y en el ejercicio de la toma de decisiones y la solución de problemas subyacentes al padecimiento, ya sean de tipo económico, instrumental, emocional e informativo.
- h) Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Evidentemente dichas actividades están enmarcadas por el proceso de evaluación el cual consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional, por lo que es importante el uso de la entrevista conductual, cuestionarios, test y si es posible aparatos de medición psicofisiológica (Seligson, Reynoso & Nava, 1993).

Considerando la importancia de la actualización en el tema y el rol del comportamiento en la prevención de las complicaciones y la calidad de vida del paciente con cáncer y su familia, este trabajo pretende revisar los resultados del protocolo de investigación titulado “Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico”, así como también proporcionar al lector un resumen de las actividades realizadas en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México y el servicio de Neumología Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” durante la Residencia en Medicina Conductual.

## ***“Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico”***

### **RESUMEN:**

El cáncer actualmente figura como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, se caracteriza por el crecimiento incontrolable de células malignas las cuales tienden a diseminarse a otros tejidos. Esta enfermedad suele provocar diferentes reacciones emocionales como son ansiedad y depresión. Estas reacciones se presentan desde la fase pre-diagnóstica hasta la fase terminal, por lo que es necesario ayudar al paciente a manejarlas adecuadamente promoviendo el sentido de control interno e instaurando un estilo de afrontamiento positivo. El objetivo de este trabajo fue conocer el efecto de un grupo de técnicas cognitivo-conductuales (psicoeducación, imaginación guiada, activación conductual y solución de problemas) sobre los síntomas de ansiedad y depresión de un grupo de pacientes hospitalizados con cáncer de tórax los cuales se encontraban en etapa pre-diagnóstica. Participaron 22 pacientes, 14 mujeres (63.6%) y 8 hombres (36.4%) con edades entre los 32 y 63 años, los cuales fueron evaluados con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y con las Escalas Visuales Análogas (EVAs) para la depresión y la ansiedad en tres momentos diferentes (evaluación inicial, post-intervención y seguimiento). Los resultados revelan que factores como los procedimientos médicos invasivos, la prolongada hospitalización y los tiempos de espera de resultados son los principales generadores de ansiedad, mientras que estar lejos de la familia y la sensación de encierro favorecen la presencia de depresión. La implementación de programas de intervención psicológica fundamentados en técnicas cognitivo-conductuales reducen significativamente los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y en protocolo diagnóstico.

**Palabras clave:** cáncer de tórax, ansiedad, depresión, etapa pre-diagnóstica.

## **ANTECEDENTES:**

### **ASPECTOS MÉDICOS DEL CÁNCER DE TÓRAX**

Una de las grandes amenazas de la edad moderna es el cáncer y esto se hace patente con el incremento sostenido de casos nuevos en las últimas dos décadas. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres de todo el mundo. Según Siegel et. al. (2012) en el 2011 el cáncer de pulmón ocupó el primer lugar en mortalidad con un total de 1.37 millones de defunciones en el mundo, seguido por el cáncer gástrico y el cáncer hepático. En México para ese mismo año los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón ocuparon el lugar 3° en mortalidad nacional (Secretaría de Salud, 2011).

#### ***Anatomía del Tórax***

La anatomía del tórax es muy compleja e involucra una serie de estructuras específicas las cuales para fines prácticos no se describirán. A continuación se describen las estructuras más importantes del tórax: pulmones, pleura y mediastino.

- *Pulmones.* Son dos órganos de consistencia esponjosa, los cuales se encuentran dentro de la caja torácica protegidos por las costillas, separados por el mediastino y revestidos por la pleura. Cada pulmón tiene forma de semicono y su color en adultos es azulado, el pulmón derecho se caracteriza por ser un poco más grande que el izquierdo, su peso aproximado oscila entre los 500-600 gramos.

Los pulmones tienen las siguientes características (Figura 1):

- Pulmón derecho: dos cisuras (oblicua y horizontal) y se divide en tres lóbulos (superior, medio e inferior).
- Pulmón izquierdo: lóbulo superior e inferior separados por una cisura oblicua.

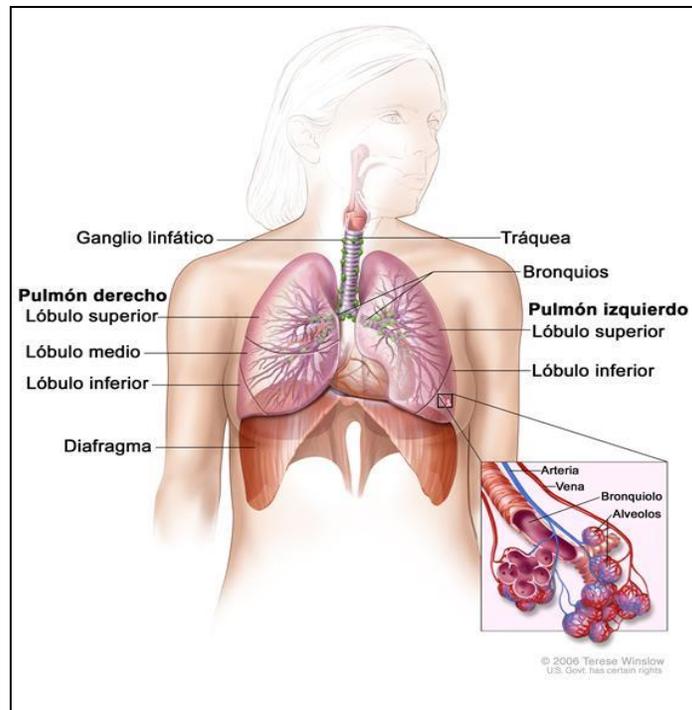


Figura 1. Anatomía del tórax.

Fuente: <http://www.cancer.gov/PublishedContent/MediaLinks/418401.html>.

-*Pleura*. Es una membrana serosa que recubre ambos pulmones, el mediastino, el diafragma y la parte interna de la caja torácica.

-*Mediastino*. Es una región anatómica de la cavidad torácica situada entre ambos pulmones. Comunica por arriba con la región cervical y por debajo con la cavidad abdominal de la que está separada por el diafragma. Esta parte del cuerpo se divide de la siguiente manera:

1. Mediastino anterior: está situado entre el esternón y el pericardio, contiene el timo, ganglios linfáticos, tejido conjuntivo y tejido adiposo.
2. Mediastino medio: contiene el corazón, los grandes vasos, la tráquea, el esófago, ganglios linfáticos y tejido fibroadiposo.
3. Mediastino posterior (surco paravertebral): contiene los vasos y nervios intercostales proximales, la cadena simpática, ganglios linfáticos y tejido fibroadiposo (Llorente & Aparicio, 2010).

Ahora que se han descrito brevemente estas estructuras se hablará de los diferentes cánceres del tórax: pulmón, pleura y mediastino.

### ***Cáncer de Pulmón***

El cáncer pulmonar es actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial. En México ha sido difícil evaluar la frecuencia del padecimiento sin embargo, es considerado como la principal causa de muerte en mujeres y hombres. Anteriormente el cáncer de pulmón afectaba más a los hombres que a las mujeres ya que eran los que más tabaco consumían, pero en la actualidad afecta a ambos sexos por igual y se presenta aún en personas no fumadoras. Se cree que el 70-75% de los casos con cáncer pulmonar se detectan en etapas avanzadas, por lo que son inoperables y en consecuencia disminuye en gran medida la sobrevida. El cáncer pulmonar ocurre más frecuentemente en edades avanzadas, es raro antes de los 40 años y más de la mitad de los casos sucede en personas de 65 a 79 años (SSA, 2011).

Aunque el tabaco está claramente implicado en la mayoría de los casos de cáncer pulmonar, aproximadamente el 10% de los pacientes que lo padecen nunca han fumado (Couraud, Zalzman, Milleron, Morin & Souquet, 2012). Otras causas que se han sugerido para que las personas desarrollen cáncer de pulmón son el radón, arsénico, asbestos, níquel, hidrocarburos, exponerse al humo de leña o carbón al momento de cocinar, metales pesados e infección por virus del papiloma humano (Torres, 2008).

#### ***Factores de Riesgo asociados al Cáncer de Pulmón***

*Tabaco.* Es el principal agente asociado al cáncer pulmonar. La prevalencia del tabaquismo cayó en manos de los hombres y las mujeres desde 1975, sin embargo, no fue sino hasta 1980, que Doll y Hill demostraron una asociación epidemiológica entre el tabaquismo y la mortalidad por cáncer de pulmón (Jemal, Thun & Ries, 2008). Personas con índice tabáquico [IT= (Número de cigarrillos por día x el número de años)/20] mayor a 10 paquetes año, tienen 20 veces mayor riesgo que personas no fumadoras (Medina & Martínez, 2009). En el caso de los fumadores pasivos se eleva el riesgo a padecer esta enfermedad si se convive con fumadores por más de 20 años.

*Asbesto.* Es un grupo de minerales de origen natural que puede separarse en fibras delgadas y duraderas. Estas fibras son resistentes al calor, al fuego y a las sustancias químicas y no conducen electricidad. Por estas razones, el asbesto se ha usado extensamente en muchas industrias, por ejemplo; la industria de construcción para reforzar el cemento y los plásticos, así como aislante, en material para techos, material incombustible y para absorber el sonido (Hughes, 1994).

*Humo de Leña.* En muchos lugares de América Latina quemar madera es un hábito muy común (ya sea para cocinar o para calefacción). Actualmente se ha demostrado que la exposición al humo de derivados de la madera se asocia con un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón (Secretaría de Salud, 2008).

*Virus del Papiloma Humano (VPH).* Es un virus común de transmisión sexual que posee la mayoría de los casos de cáncer de cuello de útero, sin embargo, también puede desempeñar un papel en el cáncer de pulmón. Márquez et. al., (2012) desarrollaron un estudio donde analizaron un total de 40 biopsias conservadas con parafina de pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar (carcinoma escamoso y adenocarcinoma con patrón lepidico) y encontraron que la mayoría de los pacientes de los cuales se tomó la muestra, contaban con antecedentes de infección por alguno de los virus del papiloma humano. Según estos autores los tipos de virus del papiloma humano que son considerados de alto riesgo son el VPH 16 y VPH18. Mientras que los de bajo riesgo son el VPH6 y VPH11 que se han visto en papilomatosis respiratoria una condición benigna del pulmón.

### ***Síntomas y Signos del Cáncer de Pulmón***

Los síntomas producidos por el crecimiento de un tumor dependen de su localización. En un estudio realizado por Torres (2008), en donde se observaron las manifestaciones clínicas de 100 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER), se encontró que el principal síntoma que reportaban los pacientes fue tos con un 86% seguido de presencia de disnea (73%) y expectoración (60%). Las causas patogénicas que provocan dichas manifestaciones clínicas según esta autora son las siguientes (Tabla 1):

Síntoma	Causa patogénica
<b>Tos</b>	Obstrucción, compresión, infiltración tumoral de la vía aérea
<b>Disnea</b>	Obstrucción de la vía aérea mayor, derrame pleural, parálisis de hemidiafragma
<b>Dolor Torácico</b>	Invasión y compresión de nervios torácicos, infiltración del plexo bronquial
<b>Expectoración</b>	Infiltración tumoral infección de la vía aérea
<b>Pérdida de peso (promedio de 2-16 kg)</b>	Cáncer avanzado (presencia de metástasis a distancia)
<b>Fiebre</b>	Neumonía obstructiva, metástasis, origen desconocido
<b>Disfonía</b>	Infiltración al nervio laríngeo
<b>Adenomegalias (supraclavicular/cervical)</b>	Diseminación linfática
<b>Hemoptoicos/Hemoptisis</b>	Infiltración tumoral de la vía aérea

Tabla 1. Síntomas y causas patogénicas del cáncer de pulmón.

Es importante señalar que el 10% de los pacientes que padecen cáncer de pulmón no presentan ningún síntoma (SSA, 2008).

### ***Clasificación histopatológica del cáncer de pulmón***

En general se consideran cinco tipos de tumores pulmonares (Medina & Martínez, 2009):

*Adenocarcinoma.* Representa el 80% de los casos, está asociado al consumo de tabaco y en lesiones de tipo cicatriz como tuberculosis, neumonía intersticial y bronquiectasias. El adenocarcinoma se considera la neoplasia más frecuente en mujeres fumadoras y no fumadoras (Mateo, 2007).

La International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC), la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) proponen en 2011 una serie de cambios en la clasificación histopatológica del cáncer de pulmón realizada por la World Health Organization (WHO) en el 2004 (William & Travis, 2011). Para estas instituciones los principales tipos histopatológicos pueden dividirse en subtipos específicos. En esta nueva propuesta se incluye el adenocarcinoma de tipo lepidico (anteriormente llamado carcinoma bronquioloalveolar) y carcinoma de células grandes con variante basaloide.

El adenocarcinoma con patrón lepidico representa el 68% de los casos, es una variedad de adenocarcinoma que suele producir mucho moco (mucinoso) y se presenta como nódulos periféricos bien delimitados (Travis et al., 2011).

*Carcinoma de Células Escamosas.* Representa el 25% de los casos, está asociado a tabaquismo, secundario a metaplasia escamosa del epitelio por inflamación crónica.

*Carcinoma de Células Pequeñas.* Representa el 15% de los casos, está asociado al consumo de cigarro y se caracterizan por ser de rápido crecimiento y metástasis. El 90% son centrales y suele provocar crecimiento ganglionar, neumonía postobstructiva, atelectasias y síndrome de vena cava superior (por trombosis o invasión extrínseca).

*Carcinoma de Células Grandes.* Representa el 3% de los casos de cáncer de pulmón, se localizan centrales así como en la periferia pulmonar y se diagnostican por exclusión por su patrón escamoso y glandular.

### ***Estadificación del Cáncer Pulmonar***

El cáncer de pulmón se estadifica de la siguiente manera (Detterbeck, Boffa & Linn, 2009) (Tabla. 2):

<b>Estadio</b>	<b>Descripción TNM</b>
IA	T1 N0 M0
IB	T2 N0 M0
IIA	T1 N1 M0
IIB	T2 N1 M0
IIB	T3 N0 M0
IIIA	T3 N1 M0
	T1-2-3 N2 M0
IIIB	T4 N0-1-2 M0
	T1-2-3-4 N3 M0
IV	Cualquier T cualquier N M1

Tabla 2. Estadificación del cáncer de pulmón.

#### *Tumor (T) descripción de estado*

- **T0** No evidencia de tumor primario.
- **TX** Tumor primario que no puede ser evaluado, o tumor certificado por la presencia de células malignas en el esputo o lavado bronquial pero no visualizado por imágenes o broncoscopía.
- **TIS** Carcinoma in situ.
- **T1** Tumor <3 cm en su diámetro mayor, rodeado por pulmón o pleura visceral, sin evidencia broncoscópica de invasión más proximal del bronquio lobar (no en bronquio principal).

- **T2** Tumor con cualquiera de los siguientes: >3 cm en su diámetro mayor; compromiso de bronquio principal,  $\geq 2$  cm distal de la carina; invasión de pleura visceral; asociado con atelectasia o neumonitis obstructiva extendida al hilio pero que no compromete el pulmón entero.
- **T3** Tumor de cualquier tamaño que invade directamente cualquiera de los siguientes: pared torácica, diafragma, pleura mediastinal, pericardio parietal; o tumor en bronquio principal <2 cm distal de la carina pero sin compromiso de esta; o atelectasia asociada o neumonitis obstructiva del pulmón entero.
- **T4** Tumor de cualquier tamaño que invade cualquiera de los siguientes: mediastino, corazón, grandes vasos, tráquea, esófago, cuerpos vertebrales, carina; o tumor con derrame pleural o pericardio maligno, o con ganglio(s) tumorales satélite dentro del lóbulo tumoral primario ipsilateral del pulmón.

*Ganglios linfáticos (N) descripción del compromiso*

- **NX** Ganglios linfáticos regionales que no pueden ser evaluados.
- **N0** No metástasis en ganglios linfáticos regionales.
- **N1** Metástasis en ganglios linfáticos peribronquial ipsilateral y/o hilar ipsilateral, y compromiso de ganglios intrapulmonares por extensión directa del tumor primario.
- **N2** Metástasis de ganglio(s) linfáticos ipsilateral mediastinal y/o subcarinales.
- **N3** Metástasis de ganglio(s) linfáticos mediastinales contralaterales, hiliares contralaterales, escalenos ipsilaterales o contralaterales, o supraclaviculares.

*Metástasis a distancia (M)*

- **MX** Presencia de metástasis a distancia no pueden ser evaluados.
- **M0** No metástasis a distancia.
- **M1** Metástasis a distancia presentes.

***Tratamiento para el Cáncer Pulmonar***

El tratamiento para el cáncer de pulmón dependerá de la estirpe histopatológica, de las condiciones del paciente y de la decisión del paciente si desea tomarlo. Algunos pacientes con estadios tempranos (I y II, IIA) se pueden tratar por medio de procedimientos quirúrgicos.

Estadios clínicos IIIA o IIIB se tratan con quimioterapia (la mayoría de los esquemas a base de Cisplatino) y/o radioterapia. Para el estadio clínico IV la finalidad es controlar la enfermedad y paliar los síntomas y se trata de lograr esto con la ayuda de la quimioterapia (Paclitaxel, Docetaxel, Irinotecan, Vinorelbina y Gemcitabina). La respuesta a la quimioterapia se observa después de 3 o 4 ciclos de aplicación (Pazdur, Coia, Hoskins & Wagman, 2003).

### ***Cáncer de Pleura (Mesotelioma)***

Se conoce con el nombre de mesoteliomas a los tumores primarios que se originan en las cubiertas serosas de la pleura, pericardio y cavidad peritoneal. En su forma inicial el mesotelioma aparece como pequeños nódulos en la pleura parietal o visceral. Los nódulos se hacen confluentes y aumentan de tamaño ocupando el espacio pleural, pleura mediastínica y el pericardio (Medina & Martínez, 2009).

### ***Factores de Riesgo asociados al Mesotelioma***

Está demostrado que todos los tipos de asbesto pueden causar mesoteliomas (Crisolito, Amosita, Tremolito), y sólo se requiere un tiempo aproximado entre 15-67 años después de la primera exposición al asbesto para presentarlo (Hughes, 1994).

### ***Síntomas y Signos del Mesotelioma***

El paciente que padece mesotelioma puede cursar en un inicio asintomático y la edad de presentación es a los 60 años. El 60-80% de los pacientes presentan disnea, fiebre y dolor torácico (irradiado al hombro o al epigastrio de predominio derecho). Cuando la enfermedad es muy avanzada se agrega al cuadro clínico caquexia, ascitis, deformidad del tórax y del abdomen (op.cit.).

### ***Clasificación histopatológica del Mesotelioma***

Los mesoteliomas se derivan de células mesoteliales que tienen capacidad para diferenciarse en epitelial o mesenquimatoso y se pueden encontrar mezcladas en un mismo tumor (tumor con histopatología mixta).

El mesotelioma maligno se clasifica en (Medina & Martínez, 2009):

1. Mesotelioma epitelial: este tipo de tumor resulta muy difícil de identificar pues es muy común que se confunda con adenocarcinomas. Este tipo de mesotelioma comprende múltiples subtipos: tubulopapilar, epitelioide, células grandes, adenoideoquístico, glandular y de células en anillo de sello.
2. Mesotelioma Sarcomatoso: este tipo de tumor se distingue de los fibrosarcomas, histiocitoma fibroso maligno, schwannoma, sarcoma sinovial y carcinosarcoma.
3. Mesotelioma Mixto: tumores con histopatología mixta.

Es muy importante realizar un buen estudio clínico de los pacientes e investigar la posibilidad de un primario localizado en otra parte del cuerpo ya que la mayoría de los tumores malignos metastatizan a pleura y pueden simular un mesotelioma, por lo que se requiere del apoyo de inmunohistoquímica y microscopía electrónica habitualmente (Torres, 2008).

### ***Tratamiento para el Mesotelioma***

El tratamiento para el mesotelioma varía y depende en gran medida de su estirpe patológica, por ejemplo, los mesoteliomas sarcomatosos y mixtos tienen un pronóstico muy malo para la vida en el inmediato plazo. La muerte de los pacientes generalmente sobreviene por insuficiencia respiratoria o neumonía (Pazdur et al., 2003).

### ***Tumores de Mediastino***

El mediastino es un compartimiento central del tórax que se encuentra entre el esternón, los pulmones y la columna vertebral. Se divide a su vez en tres compartimientos donde cada uno presenta procesos patológicos distintos.

### ***Clasificación histopatológica de los tumores de Mediastino***

Los tumores del mediastino se clasifican histopatológicamente según el lugar donde se ubiquen (Medina & Martínez, 2009) (Tabla 3):

Mediastino anterior (59%)	Timoma Teratoma Lesiones tiroideas Lesiones paratiroides Bocio intratorácico
Mediastino medio (29%)	Quistes pericardíacos y broncogénicos Linfomas Lesiones vasculares (aneurismas)
Mediastino posterior (16%)	Tumores neurogénicos Neurofibromas Neurilemomas Ganglioneuromas Neuroblastomas Ganglioneuroblastomas

Tabla 3. Principales tumores mediastinales.

### ***Síntomas y Signos de los Tumores de Mediastino***

Los síntomas de los diversos tumores y quistes mediastínicos se explican por síndromes generales, por síndromes locales y por la presión mecánica sobre las estructuras próximas. En los tumores benignos serán síndromes de compresión y en los malignos síndromes de invasión.

Los tumores benignos son asintomáticos (95%) y constituyen muchas veces un hallazgo radiológico. Los tumores malignos son más sintomáticos (47%) (Tabla 4), y darán un síndrome invasor de estructuras vecinas precoz y grave (op.cit.).

<b>Síndrome</b>	<b>Lugar de la lesión</b>	<b>Sintomatología</b>
Respiratorios	Traqueobronquial	Disnea, tos
	Pleural	Dolor torácico, derrame pleural
Circulatorios	Venosos	Síndrome de vena cava superior
	Cardíacos	Insuficiencia cardíaca, arritmias
Digestivos	Esófago	Disfagia
Neurológicos	Nervios intercostales	Dolor torácico parietal
	Nervios Frénicos	Parálisis diafragmática
	Sistema Simpático	Síndrome de Claude-Bernard- Horner

Tabla 4. Síntomas y signos de los tumores mediastinales.

### ***Tratamiento para los tumores de mediastino***

Según Pazdur et. al. (2003), los tumores de Mediastino se tratan de la siguiente manera (Tabla 5):

<b>Tipo de tumor</b>	<b>Modalidad de Tratamiento</b>
Timoma	Se cura reseándolo en los primeros estadios y cuando es invasor con quimioterapia y/o radioterapia
Teratomas	Se resecan o se tratan con quimioterapia.
Linfoma	Requiere tratamiento a base de quimioterapia y/o radioterapia. El esquema de quimioterapia más utilizado es CHOP (Ciclofosfamida+Doxorrubicina+Vincristina+Prednisona).
Tumores Seminomatosos	Responden favorablemente a la quimioterapia con esquema BEP (Bleomicina+Etoposido+Cisplatino).
Tumores Neurogénicos	Son curables si se resecan de manera completa y de no ser así se aplica quimioterapia.

Tabla 5. Tratamiento de los tumores de mediastino.

Ahora que se han analizado los principales aspectos médicos de las estructuras del tórax y del cáncer para cada una de ellas, a continuación se describirán los diferentes aspectos psicológicos que rodean a los pacientes que son diagnosticados con esta enfermedad.

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE TÓRAX:**

A pesar de los avances médicos para tratar el cáncer, los pacientes suelen manifestar problemas psicológicos los cuales están en función de la fase de la enfermedad, la sintomatología, el estadio clínico, las modalidades de tratamiento y los problemas que se presenten en los diferentes contextos (Coronado, García, Velásquez, Morales & Alvarado, 2007).

Camacho (2003) considera que los pacientes con cáncer de tórax (principalmente los que padecen cáncer de pulmón), presentan respuestas cognitivo-emocionales diferentes a las de otros pacientes con cáncer, ya que el paciente cree que parte de la problemática es “su culpa” por la incapacidad para dejar de fumar.

En la etapa diagnóstica, los pacientes de los cuales se sospecha de neoplasia pulmonar, suelen manifestar estrategias de afrontamiento de evitación o negación ante la presencia o la seriedad de la enfermedad, no querer el cuidado médico, ni los procedimientos médico-invasivos (Chunfeng, Zongkui, Liping & Yonghui, 2011; Wiljer et al., 2012). Además de la amenaza de muerte, la interpretación que el paciente hace de las secuelas del cáncer también afecta su reacción

emocional, por lo que se puede concluir que la vida de los pacientes oncológicos involucra grandes y frecuentes amenazas.

Moorey y Greer (1989) hablan de cuatro reacciones emocionales al cáncer: ansiedad, ira, culpa y depresión, aseguran que estas emociones aparecerán en función de la percepción que el paciente tenga de la enfermedad. Cuando una persona experimenta *ansiedad* ante el diagnóstico, lo primero que percibirá es peligro (por la amenaza) y vulnerabilidad (ante la percepción de incapacidad de enfrentar la amenaza).

La *ira* se genera en la persona cuando cree que la amenaza ha llegado a su vida de manera injustificada, percibe que algo o alguien está agrediéndole y en consecuencia se genera un sentimiento de enfado. Puede enfadarse con Dios, con los médicos por no haberla diagnosticado antes o con la pareja y familia por no ofrecerle el suficiente apoyo.

La *culpa* se genera en el paciente cuando percibe que ha fallado o violado una regla, se culpa “a sí mismo”. Esta emoción suele aparecer en ocasiones dentro de un cuadro depresivo, pero en la etapa diagnóstica suele ocurrir como un intento de dar origen y significado a lo que está sucediendo. En el caso de los pacientes con cáncer de pulmón la culpa suele ser frecuente debido a que la asocian con el tabaquismo, en consecuencia, si un paciente diagnosticado ha fumado crónicamente antes de recibir el tratamiento oncológico, puede percibir que es culpable de padecerlo, por el simple hecho de ejercer este mal hábito (Corral, Matellanes & Pérez, 2007)

En la fase de la *tristeza* siempre hay un sentimiento de pérdida del control personal (específicamente en la etapa diagnóstica la pérdida de la salud) y se produce en consecuencia un ánimo depresivo (Wiljer et al., 2012).

Los datos estadísticos revelan que el 60-80% de todos los pacientes diagnosticados con cáncer desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad oncológica (Goldacre, Wotton, Yeates, Seagroatt & Flint, 2007). Los síntomas de ansiedad y depresión son los principales malestares psicológicos reportados por los pacientes con cáncer y por este motivo se hablará a continuación de cada uno de dichos trastornos.

## *Ansiedad*

La ansiedad como respuesta ante amenaza-ambiente, se puede considerar como un trastorno cuando el estímulo presentado es inofensivo, cuando persiste en el tiempo la respuesta ansiosa o cuando dicha respuesta desvirtúa el rendimiento del individuo (Sandín & Chorot, 1995).

Esta respuesta puesta en marcha ante la percepción de amenaza (sea o no probable que se presente), produce una serie de manifestaciones, a saber: respuestas fisiológicas (a nivel de sistema nervioso central y en el sistema neuroendocrino), respuestas cognitivas (preocupación, anticipación, hipervigilancia, inseguridad y temor) y conductuales (confrontación, evitación, escape, incremento de conductas nocivas y decremento de actividades agradables) (Kernberg, 1984). Existen dos tipos de ansiedad los cuales deben permitir al clínico conocer su origen y abordaje (Tabla 6):

<b>Modalidad de la Ansiedad</b>	<b>Características</b>
Ansiedad endógena	Aparece espontáneamente, se presenta en forma de crisis, predominan los síntomas somáticos, tienen un comienzo precoz y tienden a precipitarse ante el uso de cafeína o betaestimulantes.
Ansiedad exógena	Se desencadena ante la presencia de estímulos o situaciones aversivas, se presenta de manera continua, predominan los síntomas psíquicos, y no es inducida por estimulantes químicos.

Tabla 6. Diferencias clínicas entre ansiedad endógena y exógena (American Psychiatric Association, 2000)

Según el DSM–IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2004), el trastorno de ansiedad se caracteriza por ataques súbitos de miedo intenso o ansiedad, usualmente asociados con diferentes síntomas físicos como palpitaciones, taquicardia, sensación de ahogo o disnea, visión borrosa, sudoración, vértigo y pensamientos en relación a nuevos ataques.

Los trastornos de ansiedad son la patología mental más frecuente en la práctica médica general, y tienden a ser crónicos, generan en muchas ocasiones discapacidad en el paciente y alteraciones en la convivencia familiar, social y laboral (Kernberg, 1984). Cuando aparece ansiedad asociada al cuadro depresivo, los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del paciente con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables, estos sentimientos podrían por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en un trastorno clínico e interferir en la capacidad adaptativa de la persona (Piqueras, Martínez, Ramos, García & Oblitas, 2008).

## *Depresión*

El término depresión tiene muchos significados y puede manifestarse como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica (Pérez-Álvarez & García, 2001). Este fenómeno puede ser descrito de dos formas en psicología; conductualmente (como un debilitamiento y decremento de la conducta debido a la interrupción de secuencias reforzantes del ambiente social) y cognitivamente (como un desorden en el pensamiento, el cual es consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos que se postulan silenciosamente y seleccionan estímulos del ambiente en base a criterios depresivos) (Salinas, 1998).

Desde el punto de vista cognitivo se concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Beck (1976) considera que existen tres patrones cognitivos que controlan el pensamiento del paciente: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Para este autor los esquemas cognitivos llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria, contribuyendo así que se presente un estado de ánimo deprimido.

Desde el punto de vista psiquiátrico, la depresión es considerada como una enfermedad o un síndrome mortificante, generado por la interacción entre factores genéticos y ambientales, de curso dilatado y sometido a recaídas o recidivas, con una morbilidad excepcionalmente elevada (Alonso-Fernández, 2009). Para los psiquiatras, la patogenia depresiva está integrada por una cadena de manifestaciones neurobiológicas, que afectan la neuroquímica del cerebro, la cual culmina en un descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

Según el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2004) el trastorno depresivo se caracteriza por tener talante bajo todo el día todos los días, mostrar desinterés por las actividades que antes provocaban placer, pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa que suelen ser excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y tener pensamientos recurrentes de muerte.

Según las guías de la National Comprehensive Cancer (2012) el 85% de los pacientes con cáncer presentan sintomatología ansioso- depresiva la cual es a menudo mal tratada o mal diagnosticada, una explicación a este problema es la falta de reconocimiento de la sintomatología o trastorno de depresión en los pacientes con cáncer, ya que la mayoría de ellos experimentan síntomas neurovegetativos que simulan varios síntomas causados por el cáncer o la tratamiento (por ejemplo, pérdida de apetito, fatiga y trastornos del sueño). Se recomienda que todos los pacientes con cáncer sean evaluados psicológicamente desde su primera visita con su oncólogo mediante el uso de herramientas de análisis útiles y sencillas, sin embargo, la selección e implementación de dichas herramientas sigue siendo insuficiente o por el contrario no se cuenta con el tiempo necesario para su aplicación (Castelli, Bineschi, Caldera & Torta, 2009).

Existen diferentes maneras de abordar tanto la depresión como la ansiedad, sin embargo, las técnicas cognitivo-conductuales son mayormente efectivas y fáciles de implementar (Reynoso & Seligson, 2005). Por esta razón la tarea del psicólogo especialista en medicina conductual supone la implementación de técnicas útiles que permitan al paciente manejar los síntomas de dichas patologías psicológicas y en consecuencia mejorar su calidad de vida dentro del escenario hospitalario.

#### ***ENTRENAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE TÓRAX:***

Básicamente el entrenamiento psicológico en los pacientes con cáncer se fundamenta en la aplicación de técnicas de intervención psicológicas que suelen centrarse en los pensamientos generados de manera negativa o anticipada, así como las emociones y conductas poco adaptativas que afecten la calidad de vida del paciente sobre todo tras un diagnóstico de cáncer. Estas técnicas incluyen proporcionar información útil así como la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales (Oblitas, 2004).

En el campo práctico de la Medicina Conductual, se han utilizado principios y técnicas derivadas de la Terapia Cognitivo-Conductual (segunda generación) y de la Terapia Conductual (tercera generación) demostrando su utilidad, como por ejemplo, la psicoeducación (Albarrán & Macías, 2007; Antolín et al., 2007; Bulacio & Vieyra, 2003; Cárdenas, Quiroga, Restrepo, & Cortés, 2005; Díaz, González & Varela, 2001; Moix et al., 2001; Tuesca, Arteta & Gómez, 2001)

técnicas cognitivas como la imaginación guiada y el entrenamiento en solución de problemas (Areán et al., 1993; Areán, 2000; Marrero & Carballeira, 2002; Nezu, Nezu & Lombardo, 2004; Pérez-Álvarez & García, 2001; Vázquez, 2002), y la activación conductual (Durand, 1990; Fernández et al., 2011; Ferro, Valero & López, 2009; Martell, Addis & Jacobson, 2001; Pérez-Álvarez, 2006).

### ***Psicoeducación***

La Psicoeducación es una técnica educativo-informativa que se sustenta bajo dos aspectos importantes: la psicología y la educación, las cuales están relacionadas inseparablemente. Implica proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, preciso, sencillo, presentando al paciente y a los cuidadores los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma (Builes & Bedoya, 2006).

Esta técnica surge del trabajo de George Brown en 1972, quien se dedicó a observar la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presentara un cuadro de esquizofrenia (Albarrán & Macías, 2007). En este sentido se puede decir que la psicoeducación es ayudar a las personas implicadas en la situación, moderando la ansiedad generada a partir la incertidumbre y la desinformación, posibilitando el acceso a conductas más adaptativas y mejorar la calidad de vida del paciente (Anderson, Douglas & Hogarty, 1988; Bulacio, Vieyra & Rivero, 2003).

En el campo de la salud, la psicoeducación es un instrumento que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación, es un instrumento terapéutico que conlleva una serie de elementos importantes (Díaz et al., 2001):

- Se considera a la familia como parte fundamental de la adherencia al tratamiento y de la mejora en la calidad de vida desde el diagnóstico hasta la etapa terminal.
- Favorece el desarrollo de las potencialidades familiares, promoviendo la búsqueda de recursos informativos, instrumentales y financieros y así resolver problemas subyacentes a la enfermedad.
- Se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

Es importante recalcar que existe una gran diferencia entre la educación para la salud y la psicoeducación, pues la primera hace referencia a la proporción de información y comunicación destinada a alfabetizar a los pacientes en la salud, es decir, tiene como meta principal instruir al paciente (Torres, Beltrán, Barrientos, Lin & Martínez, 2008), mientras que la psicoeducación tiene como objetivo no sólo informar y educar al paciente con respecto a su salud, sino que también está destinada a dotar de estrategias psicológicas que permitan construir en el paciente un significado de su enfermedad considerando sus creencias, emociones y conductas.

Pese a que se ha observado la gran utilidad de los programas psicoeducativos en México muy pocas veces se ponen en marcha, lo que en consecuencia provoca la permanencia de creencias inadecuadas (relacionadas con la enfermedad, el tratamiento e incluso el pronóstico), emociones desagradables (ansiedad, incertidumbre, preocupación) y conductas inadecuadas (falta de adherencia al tratamiento).

### ***Imaginación guiada***

La imaginación guiada se refiere a la propiedad o tendencia que tienen las imágenes visualizadas por el individuo de inducir o facilitar una reacción emocional o fisiológica lo cual le permitirá tener una mejor adaptación al medio. (Carlson & Bultz, 2008). El uso de imágenes para el tratamiento de enfermedades humanas se inició en los templos Asclepian de Grecia, la imaginación guiada fue utilizada por Aristóteles, Hipócrates y Galeno y servía para mantener estados de atención centrada en el manejo de las experiencias corporales desagradables (Achterberg, 1985).

El efecto de estas experiencias corporales suele ser más claro o intenso a medida que la visualización o escena imaginada se logra con mayor claridad, estableciendo así la relación imaginación-reacción, la cual ha mostrado resultados eficaces en el tratamiento de la ansiedad, la hipertensión esencial, migraña, pacientes con VIH (Riveros, Ceballos, Laguna, & Sánchez-Sosa, 2005) y estrés postraumático (Hopper, Spinazzola, Simpson & Van der Kolk, 2006).

Si el ejercicio de imaginación guiada se repite varias veces se puede lograr una mayor vividez posible en las imágenes y otras experiencias sensoriales. El efecto se facilita con el uso de frases que ayuden a inducir la imagen en quien las visualiza o imagina. Una de las técnicas que facilita

la visualización de imágenes es el entrenamiento en autoinstrucciones, el cual sostiene que por medio de las verbalizaciones externas e internas, el paciente puede tener mayor control sobre las situaciones amenazantes o estresantes (Meichenbaum, 2002).

La imaginación guiada puede ser directiva (el terapeuta sugiere imágenes para el paciente, que luego utiliza como una especie de gancho para desarrollar una imagen personalizada), o puede ser más interactiva (el terapeuta no proporciona al paciente una imagen específica, pero sólo sugiere la sensación provocada por la imagen) (Carlson & Bultz, 2008).

Esta técnica ha sido ampliamente utilizada para resolver diferentes problemas clínicos relacionados con la ansiedad y el estrés. Diferentes estudios revelan que la aplicación de esta técnica reduce significativamente la ansiedad en pacientes con cáncer de mama (Freeman et. al., 2008; Goodwin, Min, Puig & Sherrad, 2005), por lo que es importante probar la eficacia de esta técnica en otros tipos de cáncer y en diferentes etapas de la enfermedad.

### *Solución de problemas*

El origen de los modelos de solución de problemas se encuentra dentro del movimiento de las técnicas cognitivo-conductuales de segunda generación, las cuales surgen a finales de los años 60's y comienzo de los años 70's. El trabajo pionero fue el de D'Zurilla y Goldfried que en el año 1968 presentaron un simposio sobre el papel de los factores cognitivos en la modificación de la conducta, en un Congreso de la Asociación Psicológica Americana (APA) (Nezu, Nezu & Lombardo, 2004).

El modelo de solución de problemas ha sido elaborado dentro de un enfoque de conformación de habilidades cognitivas y la aplicación de soluciones dentro de un enfoque conductual, es parte importante de cualquier terapia la cual se dirige al manejo de crisis emocionales (como aquellas que pueden ser frecuentes en la estancia intrahospitalaria), puesto que ayuda al paciente a enfrentar de mejor manera sus miedos, preocupaciones y en general su estado de ánimo (Vázquez, 2002).

Este modelo hace referencia al proceso mediante el cual el individuo identifica formas eficaces de afrontar situaciones problemáticas que aparecen en el día a día, es un proceso meta-cognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por modificar la naturaleza o consecuencias del problema y las reacciones subyacentes al mismo (Areán et al. 1993; Nezu, Nezu & Lombardo, 2004; Vázquez, 2002). Esta técnica contiene cinco componentes básicos:

1. Análisis de actitud hacia los problemas: ayudando al paciente a reconocer que las situaciones problemáticas son aspectos normales de la vida, por lo que existen muchas maneras de afrontarlos.
2. Definir el problema: se examinan los diferentes aspectos positivos (ganancias), contra los negativos (pérdidas).
3. Generación de alternativas resolutivas (lluvia de ideas).
4. Alentar al paciente a que actúe bajo su propia decisión y así evaluar el punto hasta que se resuelva el problema, sopesando los aspectos positivos (ganancias), contra los negativos (pérdidas).
5. La toma de decisiones, en pues el paciente tiene que elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema y ponerla en práctica de tal suerte que cambie su percepción del problema, evidentemente si la primera alternativa falla, se motiva al paciente a encontrar la adecuada y no darse por vencido (Nezu, Nezu & Lombardo 2004).

Esta técnica ha sido utilizada por diferentes investigadores y para tratar diferentes problemáticas, como la depresión en adultos con cáncer (Kleiboer et al., 2011; Mynors-Wallis, Gath, Day & Baker, 2000), la depresión en niños (Stark, Reynolds & Kaslow, 1987 en Vázquez, 2002), depresión en ancianos institucionalizados (Hussain & Lawrence, 1981 en Vázquez, 2002) y para evaluar la adherencia a tratamientos médicos.

### *Activación Conductual*

La activación conductual figura como una de las técnicas de tercera generación, es la más “joven” y su principal autor es Jacobson quien la propone a mediados de los años noventa (Barraca, 2010). Estas técnicas de tercera generación tienen como principal objetivo conocer la funcionalidad de las respuestas de la persona, las consecuencias de las acciones que no fueron programadas y el mantenimiento de los problemas en la vida diaria. (Durand, 1990; Ferro et al., 2009; Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez-Álvarez, 2006).

La activación conductual es definida como “*un procedimiento terapéutico que enfatiza las tentativas sistémicas en incrementar conductas que hagan probable el contacto del paciente con contingencias ambientales reforzantes y produzcan las correspondientes mejoras en los pensamientos, el humor y la calidad de vida*” (Pérez- Álvarez, 2006, p.2)

Dicho lo anterior el psicólogo debe poner especial énfasis en cinco reglas que favorezcan un incremento en las actividades y cambios en el estado de ánimo como consecuencia secundaria de dichas actividades (Martell, Addis & Jacobson, 2001):

1. Desarrollar un repertorio de observación de las conductas o situaciones problema.
2. Evaluar el agrado-dominio de aquellas actividades que se tengan pensadas realizar.
3. Organizar la entrega de reforzamiento positivo en primera instancia para que posteriormente el sujeto sea su propia fuente de reforzamiento.
4. Generar en el paciente un repertorio descriptivo de las relaciones funcionales existentes entre sus conductas, sus emociones y el contexto
5. Propiciar en el paciente un mantenimiento de las conductas agradables y en consecuencia la mejora en el estado de ánimo.

Las consideraciones anteriores justifican el uso de una intervención psicológica utilizando estas técnicas, ya que el tratamiento que se propone en esta investigación consiste en entrenar a los pacientes con cáncer de tórax a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión ante su permanencia en el hospital durante la etapa pre-diagnóstica.

## JUSTIFICACIÓN

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Debido a la sintomatología, la incapacidad que provoca en los pacientes y las concepciones culturales asociadas con este padecimiento, se desencadenan una serie de cambios físicos y psicológicos (Coronado, Cerón, Velásquez, Barrera & Alvarado, 2007). Durante todo el proceso de enfermedad la probabilidad de que se produzcan trastornos emocionales es elevada, pero principalmente se pueden presentar reacciones psicológicas como ansiedad y depresión (Hyodo et al., 1999). Los pacientes con cáncer torácico tienen características y preocupaciones específicas como por ejemplo: si el paciente es fumador es probable que se sienta culpable por su enfermedad, el pronóstico generalmente es pobre por la etapa en la que se localiza, los síntomas que provoca la enfermedad generan angustia, miedo a morir y sentir dolor (Buchanan, Milroy, Baker, Thompson & Levak, 2010; Nerón et al., 2007). Con base en lo anterior y con el objetivo de promover, mejorar y aumentar la calidad de vida emocional de los pacientes con cáncer torácico es necesario implementar programas de intervención psicológica eficaces y sencillos. Los métodos de preparación y manejo emocional ya sean informativos, cognitivos o conductuales han resultado ser de gran utilidad para el psicólogo especialista en Medicina Conductual en el contexto hospitalario en padecimientos difíciles como el cáncer (Reynoso & Seligson 2005).

Algunas de las técnicas psicológicas que conforman los programas de intervención psicológica son; la psicoeducación, la imaginación guiada, las autoinstrucciones, el entrenamiento en solución de problemas. Estas técnicas ayudan al paciente a tener un mejor manejo de sus respuestas emocionales en cualquier contexto y fase de la enfermedad. La mayoría de las investigaciones que se han realizado en pacientes con cáncer de pulmón están encaminadas al manejo de los efectos secundarios de la quimioterapia, el estrés, la ansiedad y la depresión en la etapa de tratamiento. Por esta razón es importante realizar estudios que se enfoquen en las reacciones emocionales que se presentan en el paciente durante la etapa pre-diagnóstica en el contexto hospitalario (Chunfeng et al., 2011; Wiljer et al., 2012).

Además es importante conocer el efecto de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de ansiedad y depresión en adultos con cáncer de pulmón en esta etapa de la enfermedad, ya que un adecuado entrenamiento psicológico puede favorecer un mejor ajuste del paciente en etapas posteriores.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué efecto tiene la implementación de un programa cognitivo-conductual en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de tórax durante la etapa pre-diagnóstica?

### **HIPÓTESIS**

Hi<sup>1</sup>: Niveles elevados de ansiedad se relacionan con una larga estancia hospitalaria en pacientes que se encuentran en etapa pre-diagnóstica en el área de Neumología Oncológica.

Hi<sup>2</sup>: Niveles elevados de depresión se relacionan con una larga estancia hospitalaria en pacientes que se encuentran en etapa pre-diagnóstica en el área de Neumología Oncológica.

Hi<sup>3</sup>: Niveles elevados de ansiedad se relacionan con la proximidad de la entrega de resultados de patología los cuales revelan presencia o ausencia de neoplasia.

Hi<sup>4</sup>: Niveles elevados de depresión se relacionan con confirmación diagnóstica positiva a neoplasia.

Hi<sup>5</sup>: Las técnicas cognitivo-conductuales reducen los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se encuentran en etapa diagnóstica en el área de Neumología Oncológica.

Hi<sup>5</sup> nula: Las técnicas cognitivo-conductuales no reducen los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se encuentran en etapa diagnóstica en el área de Neumología Oncológica.

## OBJETIVOS

### Objetivo General:

El objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico durante la etapa pre-diagnóstica.

### Objetivos Específicos:

- Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados de los cuales se sospecha de cáncer de tórax.
- Incrementar los conocimientos relacionados con el padecimiento, las modalidades de tratamiento y las implicaciones emocionales, económicas e instrumentales de pacientes hospitalizados en Neumología Oncológica los cuales se encuentran en etapa pre-diagnóstica.
- Reducir los niveles de ansiedad y depresión con el uso de estrategias de relajación pasiva auto-dirigida como la imaginación guiada y autoinstrucciones.
- Reducir los niveles de depresión con la implementación de un programa de activación conductual.
- Proporcionar estrategias de afrontamiento útiles a través de la técnica en solución de problemas.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño que se utilizó fue longitudinal de evolución por grupo (Cohorts) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), ya que el objetivo es examinar los cambios a través del tiempo en un grupo de pacientes con cáncer torácico durante la estancia hospitalaria en la etapa pre-diagnóstica los cuales hayan recibido apoyo psicológico con las técnicas ya mencionadas.

## MÉTODO

**Participantes:** Participaron pacientes hospitalizados en Neumología Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER).

**Tipo de muestreo:** Muestra no probabilística de sujetos voluntarios (Hernández et al., 2006), pues los pacientes decidieron ingresar a la investigación de manera voluntaria ante la invitación del investigador.

*Criterios de Inclusión:*

- Pacientes hospitalizados en Neumología Oncológica del INER.
- Pacientes de los cuales se sospeche presencia de cáncer en el tórax.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes con edades entre los 20 y los 65 años.
- Pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación.

*Criterios de Exclusión:*

- Pacientes que hubieran recibido apoyo psicológico previo en el área de Neumología Oncológica.
- Pacientes que hubiesen estado hospitalizados en otro pabellón.
- Pacientes con cáncer torácico que se encuentren en tratamiento.
- Pacientes psiquiátricos.
- Pacientes con complicaciones graves a nivel visual, auditiva o en la motora fina.
- Pacientes que consumían antidepresivos y ansiolíticos.

*Criterios de Eliminación:*

- Pacientes que no concluyeran los tres momentos de evaluación en el programa de intervención.
- Pacientes que requirieron interconsulta y tratamiento psiquiátrico ante niveles graves de ansiedad y depresión posterior a la intervención psicológica.

**Escenario:** Área de hospitalización del pabellón 3 Neumología Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER).

### **Descripción de Variables:**

**Variable Independiente:** Intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual, la cual se clasificó en cuatro módulos:

Módulo 1: Psicoeducación a pacientes y familiares (información relacionada a la enfermedad y el tratamiento)

Módulo 2: Entrenamiento en relajación pasiva a base de imaginación guiada y autoinstrucciones.

Módulo 3: Implementación de programa basado en activación conductual intrahospitalaria (promover la puesta en práctica de actividades distractoras durante el internamiento)

Módulo 4: Entrenamiento básico en solución de problemas subyacentes a padecimiento y/o estancia intrahospitalaria.

**Variable Dependiente:** Niveles de ansiedad y depresión evaluados con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y las Escalas Visuales Análogas para el estado de ánimo (EVAs).

### **Materiales e Instrumentos:**

Entrevista semiestructurada de evaluación inicial (Anexo 1), consentimiento informado (Anexo 2). Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), en la versión en castellano, la cual posee un alfa de Cronbach de 0.85. Esta prueba utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual (Aben, Verhey, Lousberg, Lodder, & Honig, 2002) (Anexo 3). Se complementó la evaluación del estado de ánimo con las EVA para la depresión y la ansiedad.

### **Procedimiento:**

Etapa Inicial: Se realizó la entrevista semiestructurada para observar si se cumplían con los criterios de inclusión. Se explicó a cada paciente sobre su participación en el protocolo y el objetivo del estudio, de tal manera que decidieron libremente su participación y firmaron la carta de consentimiento informado. Se solicitó antes de iniciar con el programa de intervención que contestaran la Escala de Ansiedad Depresión Hospitalaria (HADS) y las EVAs ansiedad-depresión. Considerando la gravedad de los síntomas, los pacientes que presentaron

sintomatología grave fueron referidos a psiquiatría. En el caso de los pacientes que manifestaron sintomatología leve-moderada recibieron apoyo psicológico basado en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales.

Etapa de Intervención: Se enseñó el modelo cognitivo, explicando la relación existente entre situación-emoción-pensamiento utilizando las propias vivencias del enfermo. Se proporcionó psicoeducación relacionada al padecimiento y los cambios psicológicos que se presentan en la etapa diagnóstica. Se entrenó al paciente en relajación pasiva, (imaginación guiada y autoinstrucciones), se asignaron tareas graduales, para así evaluar los beneficios cognitivos y emocionales que dejó la ejecución de las mismas. Se inició con entrenamiento en resolución de problemas, comenzando por cuestiones más urgentes planteadas por el enfermo. Se afianzaron las técnicas aprendidas de tal suerte que el paciente fuera capaz de aplicarlas en contextos diferentes.

Etapa post-intervención y seguimiento: Terminado el programa de intervención y posterior a los cinco días (seguimiento) se aplicaron nuevamente las pruebas para conocer los niveles de ansiedad y depresión en los participantes. El programa consistió en cinco sesiones de entrenamiento con una duración de 45 minutos cada una a partir del primer día de internamiento (Anexo 4).

### **Consideraciones Éticas:**

La aprobación ética se obtuvo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” y fue llevado a cabo en acuerdo y aprobación del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación de dicha institución. Los participantes potenciales fueron informados de que su participación fue voluntaria y que podrían retirarse del estudio en cualquier momento.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0* para elaborar una base de datos genérica con la información de los participantes y así poder obtener: estadística descriptiva para las variables (distribución de frecuencias y medidas de tendencia central para datos socio-demográficos, categoriales y escalares). Debido a que la escala HADS se divide en dos sub-escalas (depresión y ansiedad), se aplicó una t de Student con el objetivo de conocer las diferencias en el valor de las medias para cada una de estas sub-escalas.

## RESULTADOS

Participaron 14 mujeres (63.6%) y 8 hombres (36.4%) (Figura 2), con edades entre los 32 y 63 años con una media de edad de 48.2 y una desviación estándar de 8.9.

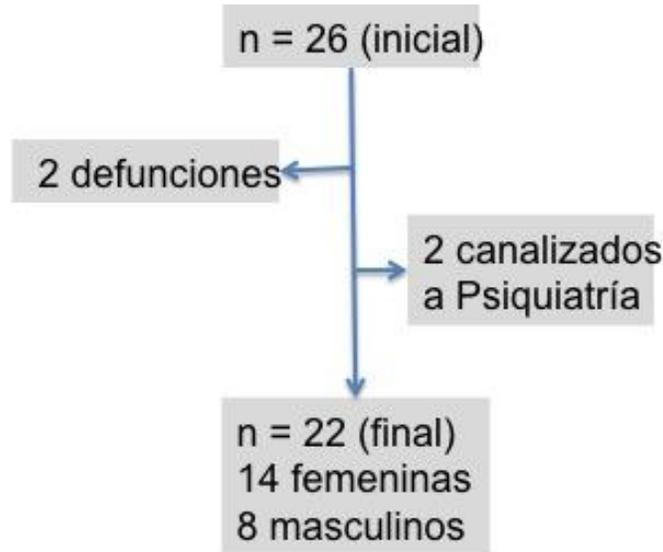


Figura 2. Diagrama de flujo de los participantes

En cuanto a la escolaridad de los participantes se encontró que el 27.3% contaba con secundaria completa, mientras que el 22.7% con primaria completa. Debido a que la mayoría de los participantes pertenecía al sexo femenino el 54.5% se dedicaba al hogar (Tabla 7).

<b>Sexo:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	14	63.6
Masculino	8	36.4
<b>Edad (n=22):</b>		
30-50	12	54.6
51-65	10	45.4
<b>Nivel Escolar:</b>		
Primaria Incompleta	2	9.1
Primaria Completa	5	22.7
Secundaria Incompleta	2	9.1
Secundaria Completa	6	27.3
Preparatoria/Técnica Completa	5	22.7
Superior Completa	2	9.1
<b>Ocupación:</b>		
Ama de Casa	12	54.5
Comerciante Informal	2	9.1
Operador de Microbús	2	9.1
Enfermera	1	4.5
Albañil	1	4.5
Mecánico	2	9.1
Campesino	1	4.5
Arquitecto	1	4.5
<b>Estado Civil:</b>		
Casado/a	15	68.2
Soltero/a	1	4.5
Unión Libre	5	22.7
Viudo/a	1	4.5
<b>Religión:</b>		
Católico/a	21	95.5
Cristiano/a	1	4.5

Tabla 7. Características demográficas de los pacientes

En cuanto a los factores asociados al cáncer se encontró que la mayoría de los pacientes cursaba con algún factor de riesgo tiempo previo a la presencia de síntomas. Se encontró que el 36.3% tenía tabaquismo activo con un índice tabáquico promedio de 6.2 paquetes/año y con una desviación estándar de 5.8 paquetes/año. El 27.2% contaba con tabaquismo pasivo, el 45.4% se expuso a humo de leña con un promedio de años de exposición de 78.1 horas/año.

El 31.8% contaba con antecedentes de exposición a asbesto con un promedio de años de 14.4. Sólo el 22.7% contaba con antecedentes familiares positivos a cáncer. El 45.2% de los pacientes contaba con alguna enfermedad crónica-degenerativa. (Tabla 8).

<b>Factor de riesgo asociado a cáncer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media (M)</b>	<b>Desviación estándar (DS)</b>
Tabaquismo activo	8	36.3		
Índice tabáquico (paquetes/año)			6.2	5.8
Tabaquismo pasivo	6	27.2	19.6	6.8
Años de exposición a humo de cigarrillo			19.6	6.8
Exposición a humo de leña	10	45.4		
Índice de exposición al humo de leña (horas/año)			78.1	9.7
Exposición a asbesto	7	31.8		
Años de exposición al asbesto			14.4	10.7
Exposición a residuos tóxicos	3	13.7		
Años de exposición a residuos tóxicos			9	3.6
Etilismo	1	4.5		
Toxicomanías	2	9.2		
Antecedentes de familiares con cáncer	5	22.7		
Antecedentes de familiares con enfermedades crónicas	18	81.8		
<b>Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas:</b>				
Diabetes Mellitus 2 (DM2)	3	13.6		
Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)	4	18.1		
DM2+HAS	1	4.5		
DM2+Obesidad	2	9.0		

Tabla 8. Principales factores de riesgo asociados a cáncer en los pacientes.

Durante la evaluación de niveles de ansiedad y depresión con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se encontraron cambios significativos en cuanto a la gravedad de los síntomas en todos los participantes. En el caso de los niveles de ansiedad se encontró que en la evaluación inicial 50% de los pacientes reportaron sintomatología grave, posterior a la intervención psicológica se encontró que 82% de los pacientes reportaron sintomatología leve. Para el seguimiento el 9% reportó sintomatología grave (Figura 3).

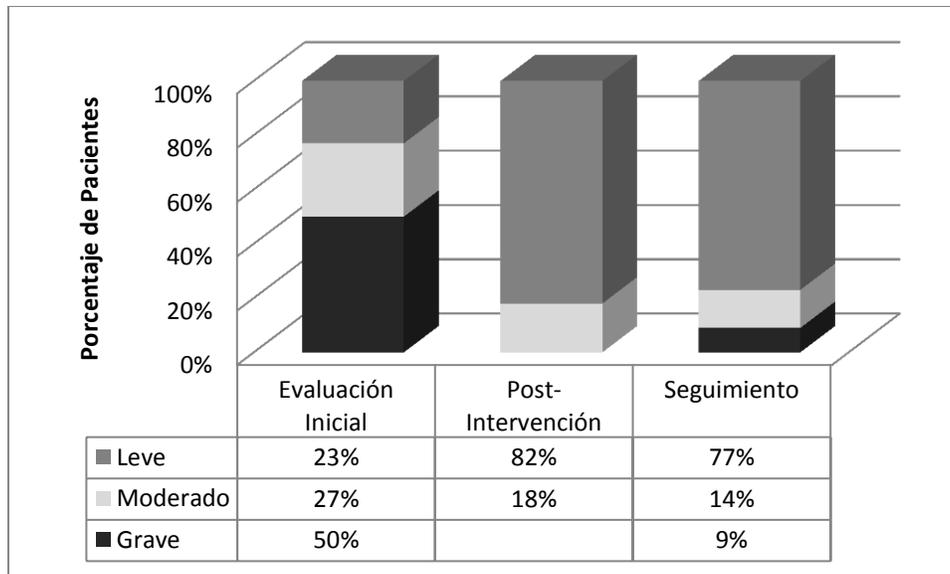


Figura 3. Variabilidad en los niveles de ansiedad según el HADS.

Los niveles de depresión en los diferentes puntos de evaluación cambiaron de manera importante ya que el 28% reportó sintomatología grave en la evaluación inicial y en la evaluación post-intervención ningún paciente la reportó. Para la evaluación de seguimiento el 78% reportó síntomas leves y sólo el 9% síntomas graves (Figura 4).

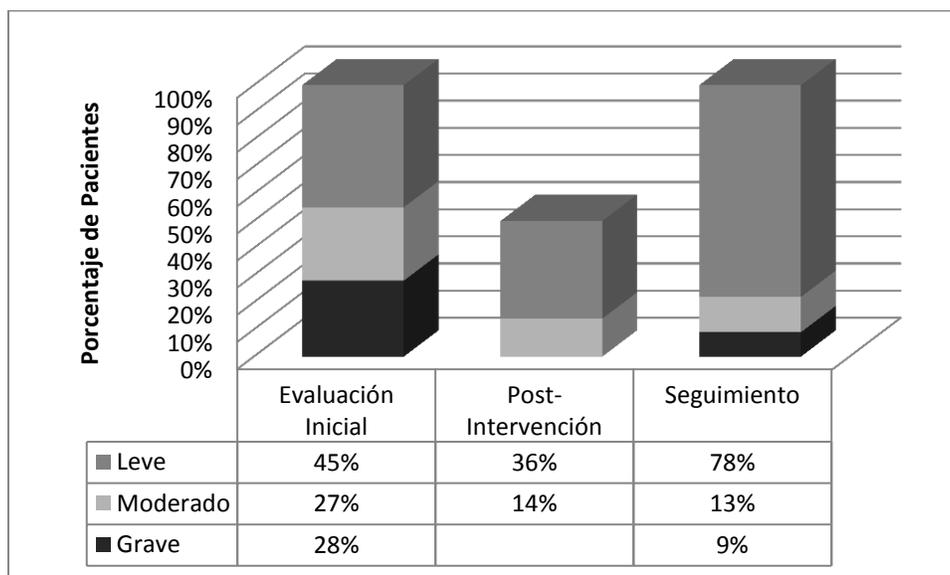


Figura 4. Variabilidad en los niveles de depresión según el HADS

Como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se divide en dos sub-escalas (depresión y ansiedad), se aplicó una t de Student con el objetivo de conocer las diferencias en el valor de las medias para cada una de ellas. Se encontró que durante todo el período de evaluación los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente posterior a la intervención psicológica y persistieron hasta la evaluación de seguimiento (Tabla 9).

Momento de Evaluación	HADS- Ansiedad (media/DS)	p*	HADS- Depresión (media/DS)	p*
Evaluación Inicial	10.5/4.3	.001	7.8/3.8	.007
Post-intervención	6.05/1.7	.000	4.3/2.9	.000
Seguimiento	6.1/3.2	.000	4.7/4.0	.000

\*p>0.05

Tabla 9. Niveles de ansiedad y depresión en la escala HADS para todos los participantes.

Se estableció una comparación entre los niveles de ansiedad y depresión por sexo encontrándose que en la evaluación inicial las mujeres reportan altos niveles de ansiedad que disminuyen paulatinamente a niveles normales hasta el seguimiento. Los hombres por su parte reportan niveles moderados de ansiedad desde la evaluación inicial hasta el seguimiento (Tabla 10).

Ansiedad				
Sexo	Evaluación Inicial (media/DS)	Post-Intervención (media/DS)	Seguimiento (media/DS)	p*
Femenino	11.0/4.1	5.4/1.6	5.5/2.4	.028
Masculino	9.6/4.6	7.1/1.5	7.2/4.4	.029
Depresión				
Sexo	Evaluación Inicial (media/DS)	Post-Intervención (media/DS)	Seguimiento (media/DS)	p*
Femenino	8.6/4.1	4.2/2.9	4.5/4.0	.196
Masculino	6.3/3.1	4.5/2.9	5.0/4.2	.164

\*p>0.05

Tabla10. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres y hombres.

En las Escalas Visuales Análogas (EVAs) de los estados de ánimo, los pacientes también reportan cambios por ejemplo: las EVAs de ansiedad muestran que durante la evaluación inicial 40.9% de los pacientes reportan niveles moderados y el 31.8% reporta niveles graves. En la evaluación post-intervención el 59.1% reporta niveles moderado y en la evaluación de seguimiento el 40.9% se mantiene en el nivel moderado (Tabla 11).

Ansiedad		Evaluación Inicial		Post-intervención		Seguimiento	
		n	%	n	%	n	%
LEVE		2	9.1	2	9.1	1	4.5
		4	18.2	6	27.3	5	22.7
MODERADO		5	22.7	11	50	5	22.7
		4	18.2	2	9.1	4	18.2
GRAVE		5	22.7	1	4.5	3	13.6
		2	9.1			4	18.2

Tabla 11. Nivel subjetivo percibido de ansiedad en los pacientes.

En las EVAs de depresión se encontró que el 31.8% presentó niveles elevados mientras que el 40.9% los pacientes niveles moderados en la evaluación inicial, el 59.1% se mantuvo en los niveles moderados en la evaluación post-intervención y el 31.8% manifestó niveles elevados en la evaluación de seguimiento (Tabla 12).

Depresión		Evaluación Inicial		Post-Intervención		Seguimiento	
		n	%	n	%	n	%
LEVE		2	9.1	2	9.1	1	4.5
		4	18.2	6	27.3	5	22.7
MODERADO		5	22.7	11	50	5	22.7
		4	18.2	2	9.1	4	18.2
GRAVE		5	22.7	1	4.5	3	13.6
		2	9.1			4	18.2

Tabla 12. Nivel subjetivo percibido de depresión en los pacientes.

Desafortunadamente una vez terminado el protocolo diagnóstico médico se encontró que el 50% de los participantes contaban con un diagnóstico positivo a cáncer (adenocarcinoma pulmonar), el 9.1% resultó tener neumonía y el 4.5% fue diagnosticado con Tuberculosis. La mayoría de los pacientes se encontraban en una etapa clínica avanzada (Tabla 13).

<b>Tipo Histopatológico:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adenocarcinoma	11	50.0
Neumonía en resolución	2	9.1
Tumor miofibroblástico	1	4.5
Tumor Carcinoide clásico	1	4.5
Sarcoma fusocelular epiteloide	1	4.5
Timoma	1	4.5
Sarcoma Sinovial	1	4.5
Tumor granulomatoso	1	4.5
Tuberculosis	1	4.5
Hiperplasia adenomatosa atípica multifocal	1	4.5
Carcinoma de células grandes	1	4.5
<b>Etapa Clínica:</b>		
I	1	4.5
II	3	13.6
IIIA	1	4.5
IIIB	2	9.1
IV	11	50.0
<b>Karnofsky:</b>		
70	3	13.6
80	2	9.1
90	13	59.1
100	4	18.2
<b>ECOG:</b>		
0	2	9.1
1	8	36.4
2	8	36.4
3	4	18.2

Tabla 13. Resultados histopatológicos de los pacientes.

### **Resultados Obtenidos por Técnica Psicológica:**

#### *Psicoeducación*

En general se observó que los pacientes que no reciben información adecuada reportan bajas tasas de comprensión y retención, además suelen ser demandantes con el personal médico y son los que más problemas tienen para resolver los malestares físicos y psicológicos, por lo que durante la implementación de esta técnica se procuró que la información estuviera relacionada con las necesidades del paciente (¿qué es lo que quiere saber en realidad?), el nivel de alfabetización, sus habilidades, estilo de aprendizaje, así como con los aspectos culturales y religiosos que le rodean. Por lo que derivado de esto se elaboraron dos folletos informativos los cuales fueron entregados a cada uno de los pacientes y familiares (Anexo 5 y 6).

### *Imaginación guiada*

La técnica de imaginación guiada y las auto-instrucciones comparten dos componentes: el enfoque repetitivo en una palabra, un sonido, una oración o frase y la inducción de una serie de imágenes que son percibidas como agradables para los pacientes. Para facilitar este trabajo al paciente, se ayudó en la identificación de estímulos auditivos y visuales placenteros, así como la identificación de frase auto-dirigidas, una vez hecho esto se hizo uso de dos grabaciones en las que se instruía en este ejercicio (Anexos 7 y 8).

Los principales estímulos visuales (imágenes placenteras) que reportaron tener los pacientes fueron en su mayoría los que se relacionan con lugares específicos de su casa (31.8%) como por ejemplo: su jardín, el lugar en donde se encuentran sus plantas, su recámara, el lugar en donde se encuentran su imágenes religiosas, el 27.2% reportó que imaginarse espacios naturales rodeados de vegetación y flores les provocaba tranquilidad. El 18.1% refirió que imaginar espacios naturales rodeados de agua (ríos, lagos y mar) les provocaba tranquilidad (Tabla 14).

<b>Imágenes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lugares específicos de su casa	7	31.8
Paisajes naturales/Vegetación	6	27.6
Paisajes naturales/Agua	4	18.1
Actividades relacionadas con la familia	2	9
Paisajes naturales/Aves	2	9
Paisajes naturales/Nieve	1	4.5

Tabla 14. Imágenes percibidas como relajantes por los pacientes.

Los estímulos auditivos (géneros musicales/sonidos) que sirven como inductores de pasividad en los pacientes fueron: con un 31.8% la música popular de moda, con un 27.6% la música clásica e instrumental y con un 18.1% sonidos naturales relacionados con el agua (río corriendo, olas del mar) (Tabla 15).

<b>Estímulos auditivos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Música Popular	7	31.8
Música clásica/Instrumental	6	27.6
Sonidos Naturales/Mar	4	18.1
Música regional mexicana	3	17.9
Sonidos Naturales/Pájaros-Viento	1	4.5

Tabla 15. Estímulos auditivos percibidos como relajantes en los pacientes.

Durante la identificación de frases auto-dirigidas inductoras de tranquilidad se encontró que frases como “Primero Dios todo saldrá bien” “No debo anticiparme” y “Tengo que estar tranquilo@” provocan sensación de tranquilidad en los pacientes, sin embargo, deja ver su locus de control externo y sensación de pérdida de control de la situación.

### *Solución de Problemas*

La búsqueda de alternativas ante los problemas percibidos por este grupo de pacientes resultó ser muy eficaz para los que presentaron preocupación ansiosa, ya que a menudo a lo largo de la hospitalización se mostraban hipervigilantes de sus dolencias, síntomas o malestares, interpretándolos de manera negativa o catastrófica. Con la búsqueda de soluciones se enseñó a los pacientes a cambiar su interpretación, a controlar su ansiedad y a encontrar explicaciones razonables para sus molestias, sin embargo, para poder hacerlo fue necesario insistir en la adecuada identificación de los problemas ya que no puede pensarse en una solución sino se sabe cuál es el problema.

Durante el proceso de identificación de los problemas, los pacientes reportaron dificultades como las que se relacionan con la solvencia económica (falta de trabajo, falta de dinero para el pago de la hospitalización y tratamiento) (72.7%), problemas en la dinámica familiar (redes de apoyo deficientes, conflictos con la pareja/hermanos/hijos)(63.6%) y problemas con la residencia debido a que la mayoría de ellos eran de provincia (27.2%) (Tabla 16).

<b>Problemas Reportados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Problemas económicos	16	72.7
Problemas en la dinámica familiar	14	63.6
Problemas relacionados con la residencia	6	27.2
Problemas para encontrar donadores de sangre	2	9
Problemas en la relación médico-paciente	2	9
Problemas relacionados con el transporte	1	4.5

Tabla 16. Principales problemas reportados por los pacientes.

### *Activación Conductual*

Cambiar la conducta puede ser uno de los métodos más efectivos para devolver al paciente un sentido de control sobre su vida, pues muchos pacientes con cáncer y además en condiciones de hospitalización, sienten desamparo el cual puede generalizarse a otros contextos o áreas de su vida. Durante la programación de actividades fue muy frecuente encontrar pensamientos como “¿Para qué? si no puedo hacer lo que hacía antes”, y justo para romper con el círculo vicioso pensamiento negativo-inactividad-pensamiento negativo, se animó a los pacientes a planificar actividades placenteras que elevaran la percepción de control personal, con esto se logró que comprendieran que hay actividades que se pueden hacer aún padeciendo cáncer.

Algunas de las actividades que realizaron los pacientes durante la hospitalización en la etapa pre-diagnóstica fueron leer, hacer ejercicios de habilidad mental (crucigramas, sopas de letras y sudoku), caminar por los pasillos y en el caso de las mujeres bordar y/o tejer (Tabla 17).

<b>Actividades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Leer/Libros religiosos	11	50
Leer/Periódicos y revistas comerciales	10	45.4
Ejercicios de agilidad/crucigramas, sopas de letras, sudoku	10	45.4
Deambulaci3n	9	40.9
Leer/Libros de auto superaci3n	7	31.8
Escribir cartas para la familia/hijos	5	22.7
Bordar/Tejer	4	18.1

Tabla 17. Principales actividades realizadas en hospitalizaci3n

En general se observ3 que la aplicaci3n de las t3cnicas cognitivo-conductuales en conjunto y por separado fueron de gran utilidad para los pacientes, sin embargo, al cuestionarlos con respecto a cual les haba gustado m3s la mayoria report3 que los ejercicios de imaginaci3n guiada y la programaci3n de actividades placenteras.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico durante la etapa pre-diagnóstica. Entre los principales hallazgos están los que se describen a continuación.

Durante la evaluación inicial la mayor parte los participantes mostraban signos y síntomas de ansiedad debido a que nunca habían estado hospitalizados, “nunca” se habían enfermado de las vías respiratorias, pero principalmente por los diferentes procedimientos invasivos que se tienen que realizar en el protocolo médico durante la etapa pre-diagnóstica.

En cuanto a los signos y síntomas de depresión se encontró que los hombres mostraban sentimientos de tristeza debido a que la mayoría se percibían como una carga (económica y emocional) para la familia. Las mujeres experimentaban sentimientos de tristeza por el hecho de estar lejos de casa y lejos de sus hijos (fueran menores o mayores de edad).

Es importante decir que los momentos de evaluación de este trabajo (evaluación inicial, post-intervención y seguimiento) se asignaron en el tiempo considerando que la estancia hospitalaria promedio que se estima en el área de Neumología Oncológica oscila entre los 15-20 días, sin embargo, los participantes se encontraron hospitalizados un tiempo superior al estimado pues la media de los días de internamiento para esta muestra fue de 28 días con una desviación estándar de 12 días. La estancia hospitalaria más larga duró 57 días. Durante todo este tiempo se presentaron una serie de variables extrañas que afectaron esta investigación como por ejemplo:

*Pruebas diagnósticas.* Como parte del protocolo médico se realizan diferentes procedimientos invasivos los cuales van de la mínima a la máxima invasión con el objetivo de conocer la estirpe histopatológica de las neoplasias en estudio. Una situación común que se presenta durante la etapa pre-diagnóstica es que el tamaño de las muestras recabadas durante estas pruebas (principalmente broncoscopía), resultan ser insuficientes y se tienen que hacer nuevos procedimientos como toracoscopías, toracotomía o neumonectomías las cuales resultan ser situaciones que prolongan la estancia hospitalaria, aumentan los costos del internamiento y por supuesto generan ansiedad, insatisfacción y desconfianza en los pacientes.

*Retraso en los tiempos de evaluación quirúrgica.* Para llevar a cabo los procedimientos médicos de mayor invasión se requiere de la evaluación de un grupo de especialistas en cirugía de tórax, los cuales responden a la interconsulta del neumólogo de manera tardía, además por la edad de la mayoría de los pacientes se requieren estudios complementarios (electrocardiogramas, ecocardiogramas, tiempos de coagulación, etcétera) los cuales tienden a incrementar la estancia hospitalaria.

*Retraso en el tiempo de entrega de resultados de patología.* Una vez que ya se cuenta con una muestra suficiente para conocer la estirpe histopatológica, la espera del reporte por escrito tiende a retrasarse y en consecuencia el informe verbal para el paciente se aplaza.

*Usos y estilos del lenguaje médico.* Actualmente existe un debate en el área de Neumología Oncológica relacionado con informar o no al paciente su diagnóstico. Algunos médicos hablan de la enfermedad en términos de tumor maligno, tumor “muy malo” o “tumorcito” mientras que otros prefieren proporcionar información explícita y clara de la presencia del tumor maligno y modalidad de tratamiento al paciente y al familiar, lo que conlleva una diferente respuesta de afrontamiento en los pacientes, observándose que los que tienen información precisa toman decisiones bien pensadas y no inducidos por la influencia de los familiares.

*Acontecimientos ocurridos por sala.* En el área de hospitalización de Neumología Oncológica se pueden observar salas con dos o tres camas. Los pacientes de esta muestra que tenían compañeros en la sala reportaron experimentar ansiedad al observar como sus compañeros presentaban crisis respiratorias nocturnas, se quejaban de dolor y en el último de los casos como fueron intubados y perdían la vida.

*Remodelación del área de Neumología Oncológica.* Desde el 1° de Octubre del 2012 hasta el 1° Febrero del 2013 se realizaron labores de remodelación; los pacientes (en su mayoría mujeres) reportaron sentir “fastidio” y desagrado por los ruidos de la construcción y el olor de las pinturas.

Aunque no existen mediciones posteriores a la evaluación de seguimiento de este trabajo, se observó que los pacientes experimentan elevados niveles de ansiedad ante la prolongada estancia hospitalaria por la presencia de una sensación de encierro, fines de semana percibidos como solitarios y aburridos así como la percepción de que los estudios y procedimientos médicos resultaban “inútiles” para curar su patología.

Se puede observar entonces que las hipótesis que planteó este trabajo en relación con los niveles de ansiedad y depresión elevados ante la estancia hospitalaria se cumplieron, sin embargo, el tiempo de entrega de un resultado histopatológico de un paciente a otro cambió en el tiempo por lo que no se puede aseverar que los pacientes experimentan ansiedad días antes de la entrega del reporte y depresión días después de la entrega de su diagnóstico. El tipo de respuesta de afrontamiento cambia en consideración a las estrategias del paciente y las situaciones hospitalarias ya mencionadas.

El uso de la intervención psicológica basada en el uso de técnicas cognitivo-conductuales resultó ser eficaz para los pacientes, ya que se observa una disminución considerable en sus niveles de ansiedad y depresión posterior a la intervención y se sostuvieron a lo largo del seguimiento. Por lo tanto parece necesario seguir ofreciendo a los pacientes intervenciones psicológicas de este tipo que les brinden conocimientos y herramientas que les ayuden a manejar sus reacciones emocionales negativas durante la hospitalización.

Es importante aclarar que los resultados obtenidos en este trabajo no pueden extrapolarse a otras poblaciones, pues son válidas solamente para este grupo, debido a que ni el método de elección ni el tamaño de la muestra cumplen con los criterios de validez (Hernández et al.2006).

La experiencia deja al descubierto que es necesario perfeccionar los programas de intervención psicológicas y poner a prueba técnicas actuales de tercera generación como en este caso la aplicación de la terapia de activación conductual. Se recomienda que futuras investigaciones trabajen en este tipo de poblaciones sobre todo cuando se encuentran en etapa pre-diagnóstica, pues como se dijo antes la mayoría de los trabajos se enfocan a las problemáticas que tienen los pacientes en la etapa de tratamiento, además se sugiere dar un seguimiento mayor e incluir un número de pacientes mayor sin dejar de lado a los cuidadores.

## CONCLUSIONES

A lo largo de la fase pre-diagnóstica el paciente experimenta períodos críticos para someterse al denominado protocolo médico, la cual inicia y se extiende desde la sospecha de diagnóstico hasta su conformación y puede variar tan ampliamente en términos del tiempo, las pruebas, los procedimientos médicos requeridos y los resultados de las pruebas (Wiljer et al., 2012).

Los pacientes suelen reportar un mayor número de necesidades psicológicas al momento de ser entregado al diagnóstico las cuales de no ser resueltas pueden afectar significativamente las etapas subsecuentes de la enfermedad, principalmente la etapa de tratamiento (Buchanan et al, 2010; Néron et al., 2007).

En relación a lo anterior en este estudio se encontró que las situaciones que más ansiedad y depresión generan en los pacientes durante la hospitalización son: percepción negativa de los tiempos de espera relacionados con fechas de programación de cirugía y entrega de resultados de patología, lo cual se ve acompañado de un sentimiento de insatisfacción hacia el personal médico pero sobre todo al Instituto en general, es decir, a mayor estancia hospitalaria mayor ansiedad e insatisfacción en el paciente y los familiares.

Los factores generadores de malestar psicológico que se relacionan al padecimiento durante hospitalización, varían dependiendo de las semanas transcurridas pero principalmente de la información con la que cuentan los pacientes (Tabla 18).

<b>Factores Psicológicos</b>	<b>Primera semana</b>	<b>Segunda semana</b>	<b>Tercera-Cuarta semana</b>
<b>Factores generadores de sintomatología ansiosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La simple estancia hospitalaria.</li> <li>-Los procedimientos médicos.</li> <li>-La inactividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los procedimientos médicos.</li> <li>-La prolongación de la estancia hospitalaria.</li> <li>-Incertidumbre ante probable diagnóstico</li> <li>-Percepción negativa de los tiempos de espera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incertidumbre ante el probable tratamiento con quimioterapia y su eficacia.</li> <li>-Afectaciones en la calidad de vida.</li> <li>-El pronóstico y sobrevida.</li> </ul>
<b>Factores generadores de estrés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambios en el rol y/o dinámica familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los costos de la hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las cuentas sin saldar de la hospitalización más los costos generados por el tratamiento oncológico.</li> </ul>
<b>Factores generadores de sintomatología depresiva.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saberse enfermo de algo que puede ser grave.</li> <li>-La simple estancia hospitalaria (sea de primera vez o subsecuente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La prolongación de la estancia hospitalaria.</li> <li>-Cambios en el rol y/o dinámica familiar.</li> <li>-La notificación diagnóstica.</li> <li>-Saberse enfermo (Incurable).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La notificación diagnóstica</li> <li>- Incertidumbre ante el probable tratamiento con quimioterapia y su eficacia.</li> <li>-Afecciones en la calidad de vida.</li> <li>-Miedo a la muerte (¿Cómo vivirán sin mí?).</li> </ul>

Tabla 18. Factores psicológicos identificados en la etapa pre-diagnóstica en pacientes con cáncer de tórax.

Tomando en cuenta la prevalencia y las características del padecimiento, las intervenciones psicológicas deben estar enfocadas al manejo de síntomas de ansiedad y depresión, así como también a la sintomatología física y al desarrollo de adecuadas estrategias de afrontamiento ante los problemas derivados de la enfermedad. Se propone la psicoeducación en combinación con la psicoterapia en grupo o de manera individual a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad (Figuras 5 y 6).

Figura 5. Abordaje psicológico para pacientes con Cáncer en Etapa Pre-diagnóstica.  
Fuente: Elaboración propia.

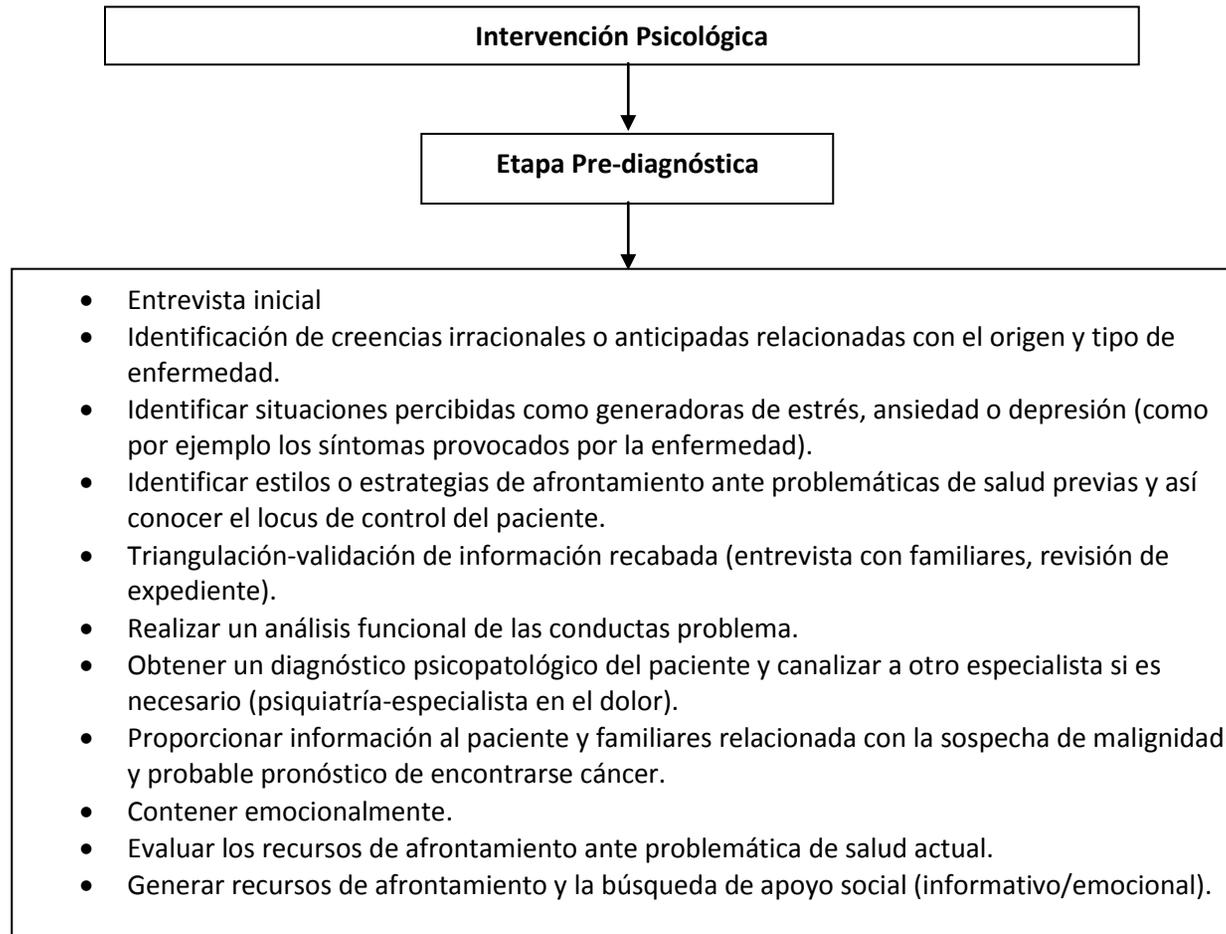


Figura 6: Abordaje psicológico para pacientes con Cáncer en Etapa Post-diagnóstica.  
Fuente: Elaboración propia.



## **PRIMER AÑO DE RESIDENCIA**

### **Hospital Juárez de México Servicio de Oncología**

#### *Características del Hospital Juárez de México (HJM)*

*Ubicación:* Av. Instituto Politécnico Nacional Número 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, México, D.F., C. P. 07760.

*Nivel de Atención:* Es un hospital de Tercer Nivel al contar con los servicios de internamiento, consulta y médicos especialistas con reconocimiento universitario, encargados de brindar atención a los pacientes que requieren tratamientos especiales. El hospital cuenta con un total de siete edificios, 69 consultorios, 10 quirófanos, cuatro niveles en la torre de hospitalización, 400 camas censables, 135 camas no censables, 10 aulas, bibliohemeroteca, laboratorio clínico general y auditorio.

#### *Características del Servicio de Oncología*

El servicio de Oncología tiene como objeto estudiar la evolución médica de pacientes que presentan tumores benignos y malignos desde la etapa diagnóstica hasta la etapa terminal. En este servicio el residente en medicina conductual proporciona apoyo psicológico a pacientes, familiares y profesionales de la salud en las siguientes ubicaciones:

- Hospitalización (en el primer piso del edificio C-Norte).
- Consulta Externa/Radioterapia/ Quimioterapia Ambulatoria (en planta baja a un costado de Urgencias Adultos).

Este servicio cuenta con un total de 54 camas, las cuales se comparten con servicios como cirugía de tórax, cirugía general, maxilofacial y vascular por el gran número de pacientes.

El servicio de Oncología cuenta con diferentes especialistas como: cirujanos oncológicos (especializados en la extracción de tumores), ginecólogos oncológicos (especializados en la extracción de tumores en mujeres), oncólogos médicos (quienes utilizan fármacos antineoplásicos, como la quimioterapia y la inmunoterapia) y los oncólogos radioterápicos (que usan radiación).

Además cuenta con el apoyo de personal administrativo, trabajadores sociales, psicólogos, técnicos radiólogos, personal de intendencia, personal de enfermería y camilleros. En la Figura 7 se muestra el organigrama donde se ubica al residente de Medicina Conductual adjunto al Servicio de Oncología dentro de la estructura el Hospital Juárez de México.

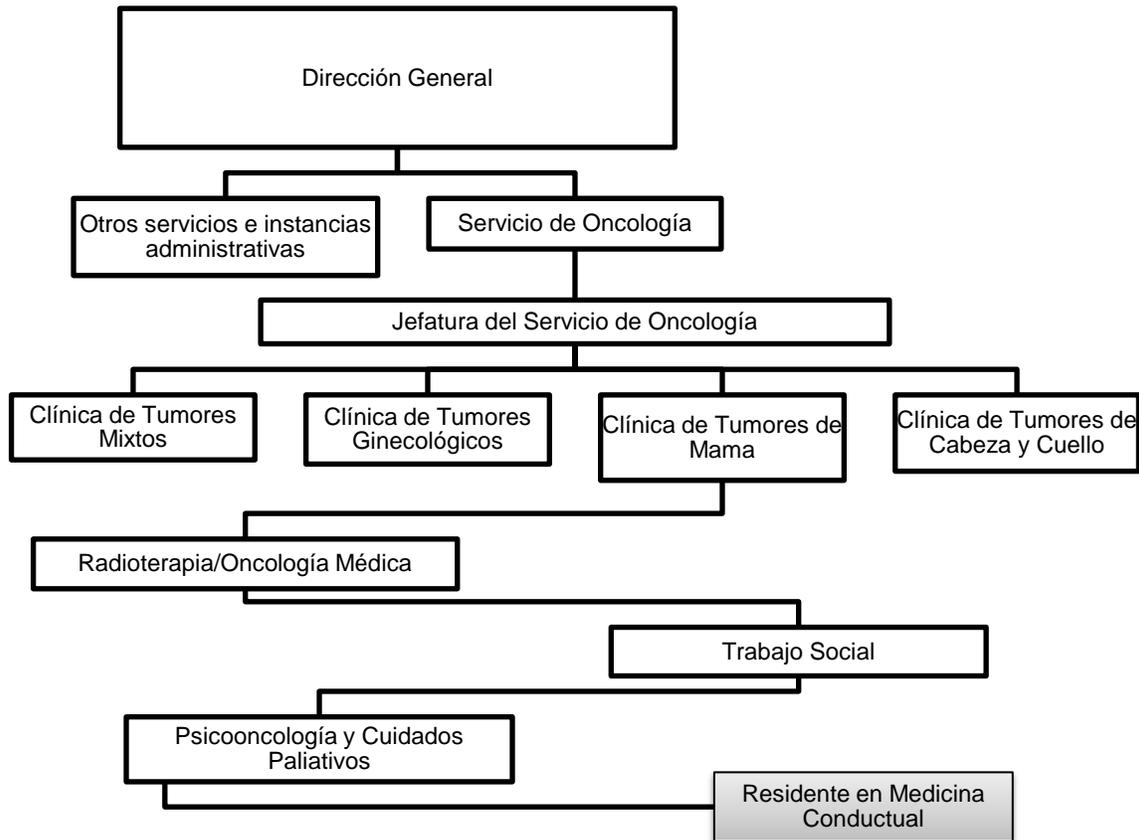


Figura 7. Organigrama de ubicación para residentes de Medicina Conductual en el Servicio de Oncología.

### ***Líneas de Autoridad***

Las líneas de autoridad para el residente en Medicina Conductual en el servicio de Oncología son el Jefe de Servicio el Dr. Francisco Mario García Rodríguez, el supervisor in situ Lic. Psic. Salvador Valdés Murillo y la supervisora académica la Mtra. Ma. Cristina Bravo González.

### *Programación de Actividades para el primer año de Residencia*

A lo largo del primer año de la residencia, se rotó por tres de las cuatro clínicas de la unidad oncológica, como se observa en la Tabla 19.

Periodo	Cabeza y Cuello	Gineco-Onco Urgencias y Terapia Intravenosa	Tumores de Mama/ Quimioterapia Ambulatoria	Tumores Mixtos Radioterapia
marzo/abril/mayo	Mayra Selene Pérez Ramírez	Ana Leticia Becerra Gálvez	Mayra Alejandra Mora Miranda	Isaías Vicente Lugo González
junio/julio/agosto		Isaías Vicente Lugo González	Ana Leticia Becerra Gálvez	Mayra Alejandra Mora Miranda
septiembre/octubre/noviembre		Mayra Alejandra Mora Miranda	Isaías Vicente Lugo González	Ana Leticia Becerra Gálvez
diciembre/enero/febrero		Ana Leticia Becerra Gálvez	Mayra Alejandra Mora Miranda	Isaías Vicente Lugo González

Tabla 19. Rotaciones trimestrales de Medicina Conductual para el periodo Marzo 2011-Febrero 2012.

Se trabaja en los mismos horarios y bajo las mismas condiciones que los residentes médicos. Sin embargo, se deben realizar diferentes actividades de tipo académico, práctico y de supervisión. En la clínica de tumores ginecológicos las actividades se organizaron como se muestra en la Tabla 20.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00	Clase de Oncología				Clase de Oncología
08:00	Pase de visita	Clase de medicina conductual	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
09:00	Terapia intravenosa	Pase de visita	Pase de visita	Consulta externa	Urgencias Oncología / Atención a pacientes Hospitalizados
10:00		Consulta externa	Terapia Intravenosa		
11:00			Clase de generalidades Médicas		
12:00	Atención a pacientes Hospitalizados		Revisión de casos clínicos / Artículos	Clase de Medicina Conductual	Supervisión Académica
13:00			Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados
14:00					
15:00	Elaboración de reporte diario / Salida				

Tabla 20. Actividades realizadas en Clínica de Ginecología Oncológica y Urgencias Oncología.

En la clínica de tumores de mama las actividades se organizaron como se muestra en la Tabla 21.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00	Clase de Oncología				Clase de Oncología
08:00	Pase de visita	Clase de medicina conductual	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
09:00	Quimioterapia Ambulatoria	Pase de visita	Pase de visita	Consulta externa Mama	Atención a pacientes Hospitalizados
10:00		Consulta externa de Mama	Atención a Pacientes Hospitalizados		
11:00			Clase de generalidades Medicas		
12:00	Atención a pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados	Revisión de casos clínicos / Artículos	Clase de Medicina Conductual	Supervisión Académica
13:00			Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados
14:00					
15:00	Elaboración de reporte diario / Salida				

Tabla 21. Actividades realizadas en Clínica de Mama y Quimioterapia Ambulatoria.

En el caso de la clínica de tumores mixtos las actividades se organizaron como se muestra en la Tabla 22.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00	Clase de Oncología				Clase de Oncología
08:00	Pase de visita	Clase de medicina conductual	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
09:00	Consulta Externa	Pase de visita	Pase de visita	Consulta externa	Consulta Externa Radioterapia / Atención a Pacientes Hospitalizados
10:00		Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados		
11:00			Clase de generalidades Medicas		
12:00	Atención a pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados	Revisión de casos clínicos / Artículos	Clase de Medicina Conductual	Supervisión Académica
13:00			Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados	Atención a Pacientes Hospitalizados
14:00					
15:00	Elaboración de reporte diario / Salida				

Tabla 22. Actividades realizadas en Clínica de Tumores Mixtos y Radioterapia.

### ***Descripción de las actividades realizadas***

#### *Actividades relacionadas con la práctica clínica psicológica*

Los pacientes con diagnóstico de cáncer requieren de apoyo profesional psicológico para que puedan realizar ajustes cognitivos y conductuales que les permitan un mejor desempeño en el contexto de la enfermedad. Estos cambios son prioritarios para el psicólogo que se encuentra inscrito en el servicio de Oncología ya que de su implementación depende la reducción de las complicaciones, su adaptación al tratamiento y la mejora en la calidad de vida del paciente y su familia. Algunas de las prácticas de apoyo psicológico que se realizaron en el servicio de Oncología fueron:

1. *Pase de visita con el equipo multidisciplinario:* Se efectuaba diariamente a las 8 am con excepción del día miércoles que comenzaba a las 9 am, durante el pase de visita, los médicos señalaban la condición médica del paciente, proporcionando datos de la historia del padecimiento, los procedimientos médicos y las modalidades de tratamiento. El estar presente durante el pase de visita ayuda al psicólogo a comprender el lenguaje médico, pero sobre todo permite la elaboración de hipótesis psicológicas relacionadas con las necesidades del paciente.
2. *Atención al paciente hospitalizado:* esta actividad consiste básicamente en evaluar, identificar y modificar aspectos de la vida del paciente que interfieren con el proceso de adaptación a la enfermedad y se lleva a cabo en el área de hospitalización. La cantidad de pacientes puede variar por día o por clínica, sin embargo, siempre es importante hacer un evaluación inicial de ingreso para conocer al paciente.
3. *Consulta Médica Externa:* constituye el punto de encuentro entre el paciente y el psicólogo, ya que es bajo esta situación en donde los pacientes y la familia se enteran del diagnóstico, tratamiento, de la presencia de recaídas, progresión o pronóstico. Durante la consulta médica externa el psicólogo tiene que identificar a los pacientes que necesitan del apoyo informativo, emocional o conductual.
4. *Consulta Psicológica Externa:* una vez identificados los pacientes que necesitan apoyo psicológico, se les proporciona una cita ajustada en tiempo y espacio, para dar un seguimiento del caso, durante este proceso se evalúa, informa y entrena al paciente a responder adaptativamente ante sus problemáticas específicas. El horario de dichas

consultas puede variar dependiendo del espacio y se requiere más tiempo por parte del residente.

5. *Atención a grupo de apoyo (pacientes con cáncer de mama):* durante la rotación por la clínica de tumores de mama, el residente tiene que elaborar e impartir pláticas relacionadas con este padecimiento, dichas pláticas se realizan quincenalmente los días jueves en el Edificio de Enseñanza de la Sede Hospitalaria.

### *Actividades Académicas*

Como parte de la formación del residente en medicina conductual las clases, revisiones de caso y supervisiones académicas son necesarias para desarrollar competencias y sobre todo resolver dudas relacionadas con los pacientes, las técnicas psicológicas y los protocolos de investigación. Algunas de las actividades académicas realizadas fueron:

1. *Clases Médicas para Psicólogos:* durante estas clases los residentes exponen temas relacionados con el cáncer en sus diferentes modalidades de diagnóstico, estadificación, tratamiento y pronóstico. Este tipo de clases permiten que el residente refuerce lo aprendido durante las clases de medicina oncológica y le permiten tener un mejor abordaje psicológico del paciente con cáncer.
2. *Clases de Medicina Oncológica:* en estas clases los médicos residentes o adscritos, elaboran y exponen desde un marco biológico-orgánico, cómo se diagnostica, estadifica y tratan los diferentes tipos de cáncer.
3. *Clases de Medicina Conductual:* en estas clases los residentes de medicina conductual elaboran y exponen clases relacionadas con los diagnósticos psicológicos y las diferentes modalidades de tratamiento considerando las etapas de la enfermedad.
4. *Sesiones bibliográficas y exposición de casos:* en estas sesiones se leen y preparan textos recientes pertenecientes al campo de la medicina conductual, por medio de éstas los residentes se enteran de la evolución teórica-metodológica de las diferentes investigaciones realizadas en el extranjero y a nivel nacional. El seguimiento de los pacientes que se encuentran bajo terapia psicológica, se reporta por medio de la elaboración de casos clínicos como el que se encuentra reportado en el Anexo 9.
5. *Supervisión in situ:* Un psicólogo adscrito al servicio asigna, coordina y supervisa directa y continuamente las actividades diarias de los residentes. El supervisor in situ tiene la

labor de apoyar a los residentes si se presentan problemáticas dentro del hospital con el personal de salud o administrativo.

6. *Supervisión académica:* Durante las visitas del supervisor académico, se examina material teórico y aspectos metodológicos de los protocolos de investigación, además se analizan casos clínicos difíciles. El supervisor académico proporciona asesoría ante problemáticas relacionadas con el equipo médico, con los pacientes y con los cuidadores.
7. *Sesión General:* Realizada en el Auditorio del Hospital Juárez de México donde se daban cita los médicos adscritos, residentes, internos y estudiantes para abordar temas médicos, culturales y sociales.

### *Actividades de investigación*

Es necesario mencionar que parte de la formación académica del residente en Medicina Conductual se incluyen actividades relacionadas con la investigación, por lo que a continuación se describirán brevemente los protocolos realizados.

#### *Protocolo 1*

“Efecto de un programa cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad ante la toma de biopsia en Mama”.

Objetivo general: Disminuir los niveles de ansiedad en pacientes mujeres que se encuentran en etapa Diagnóstica del Cáncer de Mama y que se someterán a la toma de biopsia, a partir del uso de las técnicas cognitivo-conductuales.

#### *Protocolo 2*

“La activación conductual como alternativa para manejar los pensamientos intrusivos, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos internados en el Hospital Juárez de México: una propuesta”.

Objetivo general: conocer las creencias de un grupo de pacientes con respecto a la hospitalización a partir del uso de redes semánticas y sugerir en base a los resultados un plan de intervención basado en la activación conductual.

### *Asistencia a eventos académicos.*

Se participó en los siguientes eventos:

- ✓ 8° Coloquio Nacional y 2° Internacional de Investigación Estudiantil en Psicología “Rumbos y Desafíos de la Psicología Contemporánea” celebrado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala del 4 al 6 de Mayo de 2011 participando como ponente.
- ✓ 5to Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud celebrado en la Ciudad de Xalapa, Veracruz del 18 al 20 de Mayo de 2011, participando como asistente y ponente.
- ✓ 1er Coloquio de Investigación Estudiantil en Psicología Conductual “*Mitos y realidades acerca del Conductismo*” celebrado en la Universidad Autónoma del Estado de México plantel Ecatepec del 22 al 24 de Junio de 2011 participando en calidad de ponente.

Como se puede notar las actividades estuvieron bien organizadas y efectuaron con éxito gracias a la buena disposición de los médicos adscritos y residentes ante el trabajo del psicólogo.

### ***Estadísticas de pacientes atendidos durante el primer año de residencia***

En el período que comprende del 1° de Marzo del 2011 al 20 de Febrero del 2012, el número total de pacientes atendidos fue de 333, de los cuales 265 (80%) fueron mujeres y 68 (20%) fueron hombres; con un rango de edad de los 17 a los 99 años, una media de 48.8 y una desviación estándar de 14.6.

Se realizaron en total 653 consultas psicológicas de las cuales 234 (36%) fueron de primera vez y 419 (64%) fueron consultas subsecuentes.

Las intervenciones psicológicas fueron realizadas en diferentes lugares según la rotación por las clínicas del servicio; urgencias y terapia intravenosa en el caso de la rotación en la Clínica de Tumores Ginecológicos y Quimioterapia Ambulatoria en el caso de la rotación por la Clínica de Tumores de Mama.

En el Figura 8 se muestra como la mayoría de las intervenciones psicológicas se llevaron a cabo en hospitalización con un total de 440 (67.3%) intervenciones, seguido por las intervenciones realizadas en consulta externa (médica y psicológica) con un total de 160 (24.5%). El número de intervenciones psicológicas realizadas en Quimioterapia Ambulatoria es muy pequeño en comparación con los otros lugares, esto se debe a que por petición del supervisor in situ, él se hacía cargo de esta área.

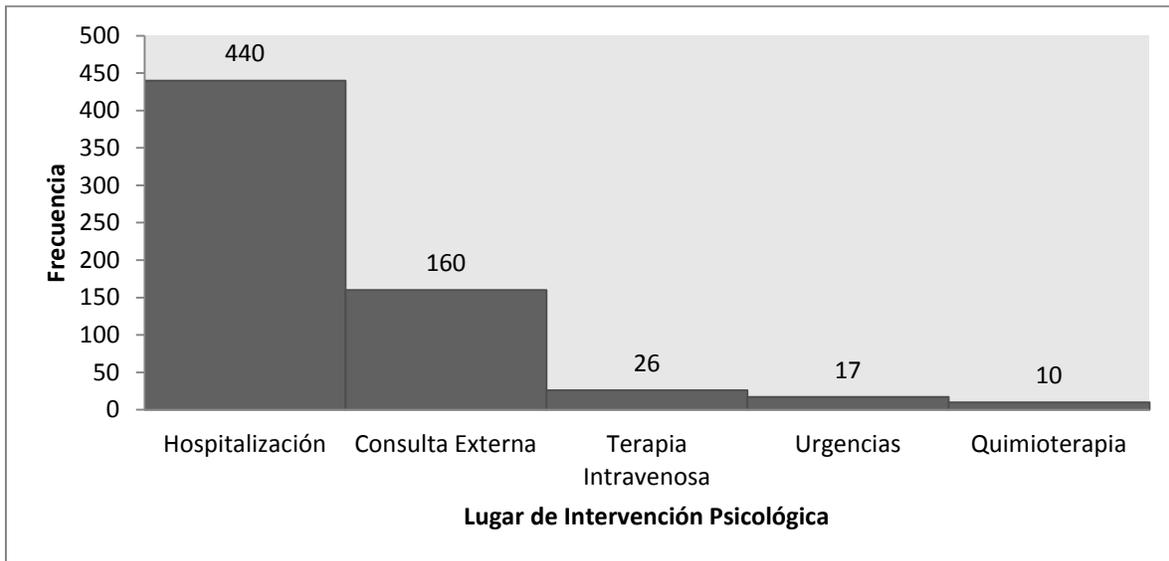


Figura 8. Lugares en donde se proporcionó intervención psicológica en el período Marzo 2011-Febrero 2012.

Con respecto a los diagnósticos médicos que tenían los pacientes atendidos, se encuentra que el diagnóstico más frecuente fue el Cáncer de mama con un 30.7%, seguido por el cáncer Cervico Uterino con un 18.6% y el Cáncer de Ovario con un 7.8%. (Tabla 23). A nivel nacional este tipo de diagnósticos son altamente frecuentes y resultan ser de las primeras causas de muerte en las mujeres.

<b>Diagnóstico Médico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cáncer de Mama	102	30.7
Cáncer Cervico-Uterino	62	18.6
Cáncer Ovario	26	7.8
Cáncer de Colon	22	6.6
Cáncer de Estómago	15	4.5
Cáncer de Recto	14	4.2
Tumores en estudio	14	4.2
Cáncer de Testículo	11	3.3
Cáncer de Vía Biliar	10	3.0
Miomatosis	10	3.0
Cáncer de Páncreas	9	2.7
Sarcomas	9	2.7
Otros	29	8.7

Tabla 23. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos en el período Marzo 2011-Febrero 2012

Los diagnósticos psicológicos que se encontraron tanto en las intervenciones de primera vez como en las intervenciones subsecuentes se muestran en la Tabla 24, es necesario aclarar que a lo largo de las intervenciones subsecuentes con un mismo paciente el diagnóstico psicológico cambio en virtud de las situaciones o en virtud de la fase de la enfermedad.

<b>Diagnóstico Psicológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fase de Tratamiento	215	34.9
Ansiedad ante procedimientos médicos	118	18.0
Ansiedad ante estancia intrahospitalaria	57	8.7
Fase terminal	37	5.6
Impacto emocional	35	5.3
Fase diagnóstica	30	4.5
Episodio depresivo ante estancia intrahospitalaria	27	4.1
Ansiedad ante revisión médica	20	3.0
Ansiedad ante diagnóstico	18	2.7
Trastorno de personalidad	15	2.2
Trastorno adaptativo	12	1.8
Reacción grave de estrés	11	1.6
Fase recaída	10	1.5
Trastorno depresivo	9	1.3
Problemas económicos	9	1.3
Episodio depresivo ante Diagnóstico	7	1.0
Ansiedad ante probable diagnóstico	6	0.9

Tabla 24. Problemas Psicológicos de los pacientes atendidos en el período Marzo 2011-Febrero 2012.

Aunque las fases de la enfermedad deberían de ser consideradas como elementos característicos de la historia natural del padecimiento y no como diagnósticos psicológicos a tratar, en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México se utilizan para designar así un estado de “normalidad emocional”, es decir, en lugar de que se colocara en el registro diario que el paciente no manifestaba problemas psicológicos de importancia se colocaba la etapa de la enfermedad en que éste se encontraba. Para los fines de la práctica clínica en Medicina Conductual esto es considerado como categorialmente equivocado ya que, una cosa es que los pacientes respondan funcionalmente a situaciones específicas de interacción y otra es la etapa de enfermedad en la que se encuentra, el estadio clínico y los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR, sin embargo, para fines prácticos y en apego a los procedimientos del servicio se reportó la información de esta manera.

A pesar de que la ansiedad es uno de los principales problemas psicológicos encontrados en el paciente oncológico, se clasificaron las situaciones bajo las cuales se presentó esta reacción emocional. Los procedimientos médicos resultaron ser una de las principales fuentes de ansiedad en los pacientes con un 18%, es importante aclarar que dentro de esta categoría se contaron procedimientos como toma de biopsia, colocación de catéter (bilumen y puerto), canalización de soluciones fisiológicas y cirugías menores o mayores. En cuanto a las revisiones médicas se incluyeron las revisiones ginecológicas y las exploraciones de la mama.

La reacción grave de estrés fue considerada como otra categoría, debido a que conceptualmente el estrés y la ansiedad son diferentes, en el caso del estrés hay una evaluación de la situación percibida como amenaza mientras que la ansiedad es una reacción emocional que se presenta sin aún conocer la causa real que la provoca.

Con respecto a las modalidades de intervención encontramos una diferencia categorial y conceptual entre la psicoterapia breve y la de apoyo, pues la primera hace referencia a todas aquellas acciones de ayuda que se dan a los pacientes cuando no es probable darle seguimiento, mientras que en la segunda el apoyo psicológico es proporcionado en repetidas ocasiones. La evaluación hace referencia a la aplicación de pruebas psicométricas o de tamizaje que permiten conocer el estado psicológico actual del paciente. Las modalidades de intervención realizadas en los pacientes se muestran en la Tabla 25.

<b>Modalidad de Intervención Psicológica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Psicoterapia de apoyo	608	58.6
Psicoterapia familiar	297	28.4
Entrevista inicial	102	9.7
Intervención en crisis	20	1.9
Psicoterapia breve	13	1.2
Evaluación	3	0.2

Tabla 25. Modalidades de Intervención Psicológica período Marzo 2011-Febrero 2012.

Las modalidades de intervención que mayormente se realizan en el servicio de Oncología son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia familiar, ya que inclusive simultáneamente se interviene con el paciente y la familia.

Con respecto a la modalidad grupal se realizaron 5 pláticas en pacientes con cáncer de mama durante los meses de Junio, Julio y Agosto, a continuación se presentan los temas revisados y el número de asistentes (Tabla 26).

<b>Grupo de pacientes con cáncer de mama</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Tema</b>	<b>Núm. de asistentes</b>
9 de junio de 2011	Cáncer de Mama y Depresión: mitos y realidades	10
23 de junio de 2011	Cáncer de mama: Estrategias para prevenir la depresión	11
7 de julio de 2011	Medidas de higiene bucal en pacientes con cáncer	13
21 de julio de 2011	Autoestima y cáncer de mama	4
18 de agosto de 2011	Etapas de recaída: emociones y pensamientos	3

Tabla 26. Pláticas impartidas al grupo de apoyo (mujeres con cáncer de mama).

Se realizaron en diferentes ocasiones intervenciones vía telefónica con el objetivo de seguir a los pacientes que dejaron de acudir a consulta médica o psicológica. En cuanto a las interconsultas realizadas encontramos que se pidió apoyo a psiquiatría en 5 ocasiones, a clínica del dolor en 9 ocasiones y clínica de ostomías en 2 ocasiones.

Las técnicas de intervención que se utilizaron se muestran en la Tabla 27, en la cual se contabilizó el total de las intervenciones, aclarando que en un mismo paciente se pudieron haber utilizado más de una técnica tanto en la intervención de primera vez como en las subsecuentes.

<b>Técnica Psicológica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Validación emocional	214	17.3
Psicoeducación	206	15.7
Entrenamiento en Solución de Problemas	189	14.4
Entrenamiento en Respiración Diafragmática	95	7.2
Ejercicio en Distracción cognitiva	61	4.6
Contención emocional	54	7.0
Activación Conductual	40	3.0
Expresión emocional	38	2.9
Ejercicio en reestructuración cognitiva	22	1.6
Ejercicio en relajación pasiva	15	1.1
Entrenamiento en habilidades Comunicativas	15	1.1
Entrenamiento en el manejo de Contingencias	8	0.6
Entrevista inicial estructurada	3	0.2
Psicometría	1	0.07

Tabla 27. Técnicas Psicológicas Utilizadas en el período Marzo 2011-Febrero 2012

Al igual que en la tabla 24 donde se observan los diagnósticos psicológicos, en esta tabla se observan una serie de categorías que no necesariamente corresponden a técnicas psicológicas, por ejemplo; la entrevista inicial estructurada y la aplicación de pruebas psicométricas o escalas de evaluación corresponden a la categoría de procedimientos de evaluación. La validación, contención y expresión emocional, no son consideradas “técnicas” desde el punto de vista de la Medicina Conductual, sin embargo, desde otra perspectiva clínica de la psicología de la salud denominada psicoterapia centrada en el paciente, estas estrategias se recomiendan para explorar creencias y expectativas del paciente y establecer así una supuesta relación de simetría moral (Arranz & Cancio en Remor, Arranz & Ulloa, 2003). Bajo la perspectiva de los procedimientos a seguir en el Servicio de Oncología y por recomendación de la anterior supervisora in situ se reporta de esta manera la información, sin embargo, se hace necesaria la elaboración de un manual de procedimientos psicológicos basados en los términos de la Medicina Conductual y así no continuar generacionalmente con este tipo de errores categoriales.

La psicoeducación es una de las principales estrategias de intervención considerando el nivel escolar y las capacidades cognitivas con las que cuentan los pacientes que asiste a este servicio y en general a todo el hospital. Considerando que la ansiedad es el mayor problema que presentan los pacientes durante este primer período, los ejercicios en respiración diafragmática, la distracción cognitiva y otros ejercicios de relajación pasiva son muy frecuentes además de que resultan ser útiles en la mayoría de las veces.

La técnica de solución de problemas por su parte suele ser muy necesaria en este tipo de pacientes, ya que presentan problemas para comprender su situación como pacientes oncológicos, problemas de pareja, familiares, económicos, laborales y ante ello dificultades para tomar decisiones firmes y funcionales.

### ***Competencias adquiridas por el residente de Medicina Conductual en el Servicio de Oncología***

A continuación se presentará un listado de las competencias adquiridas por esta servidora considerando las actividades realizadas:

- Establecer comunicación efectiva con los pacientes, los familiares y el equipo médico utilizando la entrevista, el rapport, el manejo de silencios y la asertividad.
- Tomar decisiones, identificar y solucionar problemas a través de una adecuada planeación y negociación.
- Manejar e integrar la información de tal forma que el paciente comprenda lo que le está pasando (reducción del uso del lenguaje médico).
- Conocer y aplicar las diferentes técnicas psicológicas desde un plano cognitivo-conductual.
- Conocer más del cáncer, el tratamiento, los efectos del tratamiento y sus implicaciones en el campo psicológico.
- Diagnosticar trastornos psiquiátricos con ayuda del DSM-IV-TR.
- Canalizar a los pacientes con los doctores, los psiquiatras, con los neurólogos y con los alergólogos.
- Manejar situaciones difíciles como las crisis en paciente y familiares cuando los médicos dan una mala noticia.
- Habilidad para alcanzar objetivos terapéuticos en cortos períodos.

- Adquisición de conocimiento y de terminología médica relacionada al cáncer y su tratamiento.
- Manejo de la frustración.

### *Evaluación del servicio y de la supervisión*

En general se puede decir que las diferentes áreas con las que cuenta el servicio de Oncología, son óptimas para la práctica psicológica, ya que permiten la realización de actividades relacionadas con el ajuste conductual de los pacientes. Algunos aspectos evaluados por el residente en medicina conductual son los siguientes:

- *Actitud del personal hospitalario ante la presencia del psicólogo especialista en medicina conductual:* en general la presencia del psicólogo es bien conocida por todos inclusive por el jefe de servicio, motivo por el cual se solicita del apoyo psicológico ante la captación del paciente que lo necesite.
- *Actividades Académicas:* estas actividades han resultado útiles para la formación del residente, pues a diferencia de otros servicios en donde se encuentran inscritos otros residentes de medicina conductual, no se cuenta con un programa académico y de actividades, situación que es encomiable y agradecible.
- *Actividades de Supervisión:*  
 Académica: a diferencia de otros servicios, la supervisión proporcionada a este servicio es excelente debido a que se proporciona el apoyo necesario para el desarrollo de competencias académicas y prácticas.  
 In situ: se considera que este tipo de supervisión puede y debe mejorar ya que el supervisor carecía de liderazgo y mala formación académica.

Como se puede observar, el trabajo del residente en medicina conductual es fundamental en el contexto hospitalario, ya que le permite desarrollar competencias y habilidades relacionadas con la práctica, la investigación y el trabajo en equipo.

### ***Recomendaciones***

- Considero que sería importante fomentar en todo momento el trabajo en equipo de manera respetuosa y amable independientemente del rango o de la autoridad.
- Es necesario que se delimiten las actividades que debe realizar el residente en Medicina Conductual ya que en muchas ocasiones el Servicio de Oncología demanda de otras actividades que no necesariamente nos competen por ejemplo; actividades administrativas y de trabajo social.
- Que nos llamen “psicooncólogos” hace evidente que no todos conocen la diferencia entre el trabajo que hace el residente de Medicina Conductual y el especialista en Psicooncología, por lo que es importante aclarar a los médicos adscritos y residentes la diferencia entre ambos ya que realizamos actividades diferentes.
- La existencia y funcionamiento de la tanatóloga del servicio parece no estar muy clara para los médicos y es por eso que se hace indispensable distinguir sus actividades de las que realiza la Medicina Conductual en pacientes paliativos y en etapa terminal.

### ***Conclusiones***

El trabajo que desarrollamos académicamente y a nivel hospitalario facilita el aprendizaje tanto de conocimientos teóricos como prácticos en cuanto al apoyo psicológico que podemos brindar a una población de pacientes con padecimientos crónico degenerativos; sin embargo, también nos permite descubrir y desarrollar habilidades como profesionistas y como personas.

La obtención de conocimientos dentro del Programa de Maestría va más allá de las aulas y del contacto con los pacientes, ya que nos permite tener elementos y contacto con otros foros donde podemos presentar los resultados de los protocolos de investigación que se desarrollan en las sedes hospitalarias y con ello enriquecer nuestro aprendizaje.

## **SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

### **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Ismael Cosío Villegas” Servicio de Neumología Oncológica**

#### **Características del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)**

*Ubicación:* Calzada de Tlalpan 4502 Col. Sección XVI Delegación Tlalpan México Distrito Federal C. P. 14080.

*Nivel de Atención:* Organismo de tercer nivel que tiene por objeto principal atender a pacientes con problemas del aparato respiratorio, la investigación, capacitación y formación de recursos humanos especializados en la atención médica de alta especialidad.

#### ***Características del Servicio de Neumología Oncológica***

El servicio de Neumología Oncológica se ubica en el pabellón 3 del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

Este servicio cuenta con un total de 30 camas censables (15 camas para mujeres y 15 camas para hombres). El servicio cuenta con un jefe de servicio, cuatro especialistas en neumología, un oncólogo médico, una coordinadora de oncología, dos trabajadoras sociales, una psicóloga, una secretaria y personal de enfermería como se observa en la Figura 9.

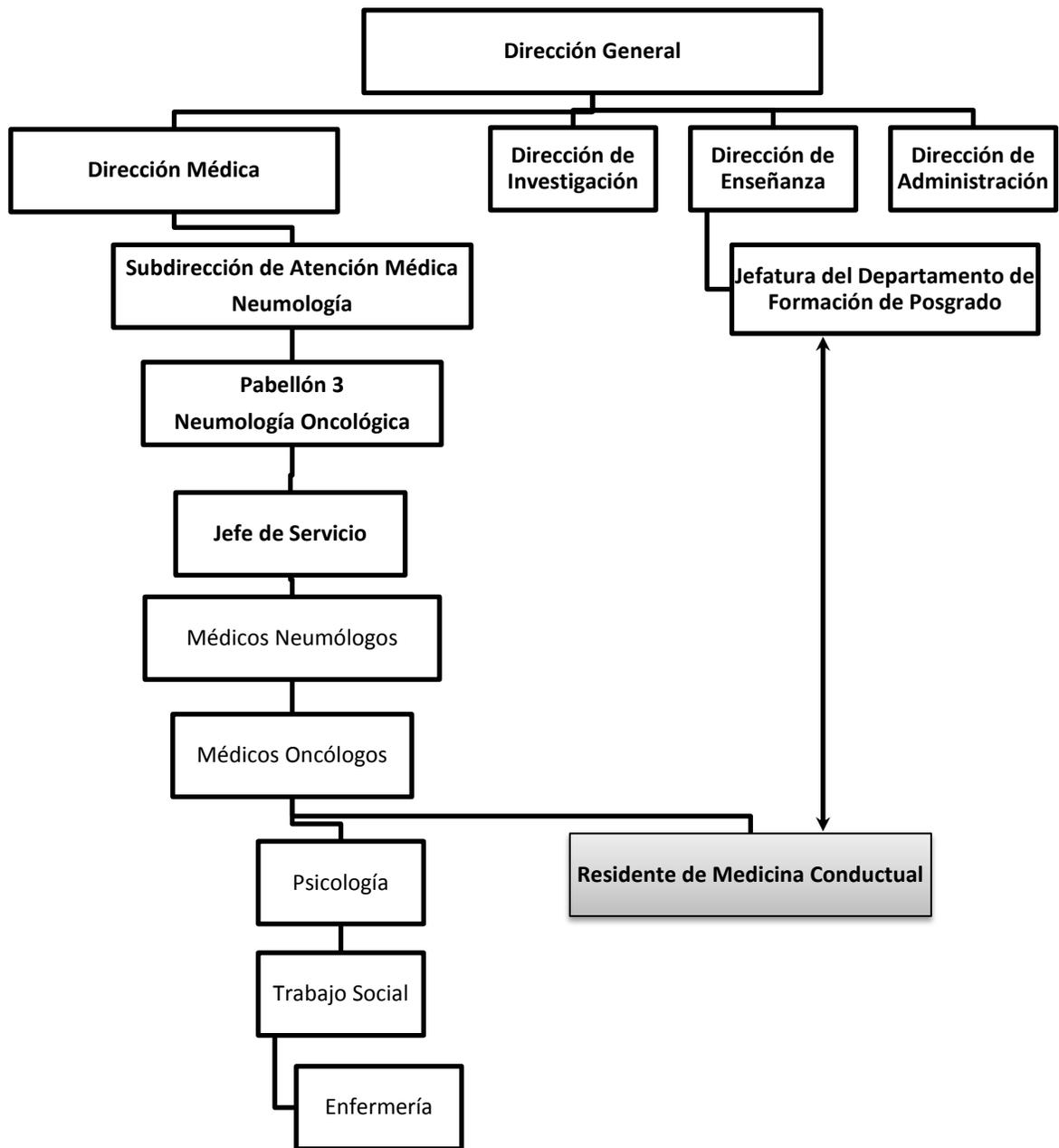


Figura 9. Organigrama de ubicación para residentes de Medicina Conductual en el Servicio de Neumología Oncológica.

### *Líneas de Autoridad*

Las líneas de autoridad para el residentes de medicina conductual que se localiza en Neumología Oncológica son la Jefa de Servicio la Dra. Renata Báez Saldaña; la supervisora in situ la Dra. Margarita Fernández Vega y la supervisora académica la Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño.

### *Programación de Actividades para el 2º año de Residencia*

En el caso del residente de medicina conductual asignado al servicio de Neumología Oncológica del INER las actividades fueron programadas como se muestra en la Tabla 28.

<b>Hora</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
8:00-8:30	Ingresos/ Pendientes	Ingresos/ Pendientes	Desayuno	Ingresos/ Pendientes	Ingresos/ Pendientes
8:30-9:00	Desayuno	Desayuno	Sesión General Institucional	Desayuno	Desayuno
9:00-10:00	Revisión de ingresos con personal médico.	Revisión de ingresos con personal médico.		Revisión de ingresos con personal médico.	Revisión de ingresos con personal médico.
10:00-11:00	Pase de visita	Atención a pacientes Hospitalizados	Sesión Oncología	Atención a pacientes Hospitalizados/ Consulta Externa	Pase de visita
11:00-12:00	Atención a pacientes hospitalizados		Quimioterapia Ambulatoria		Supervisión Académica UNAM
12:00-13:00	Atención a familiares de pacientes hospitalizados durante informe médico diario.				
13:00-14:30	Seguimiento a pacientes de protocolo de Investigación Psicológica.				
14:30-15:00	Comida				

Tabla 28. Horario de actividades realizadas en el Pabellón de Neumología Oncológica.

### **Descripción de Actividades Realizadas**

Algunas de las actividades generales que se realizaron en el servicio de Neumonía Oncológica son:

### *Actividades relacionadas con la práctica clínica psicológica*

- ✓ Revisión de ingresos a hospitalización. Todos los días a las 9 am el equipo multidisciplinario se reúne para analizar los casos que ingresan día a día analizando aspectos médicos relevantes (antecedentes médicos, heredofamiliares y no patológicos del paciente, así como probable diagnóstico, pruebas de laboratorio/gabinete e imagen, etcétera).
- ✓ *Pase de visita con el equipo multidisciplinario.* Se realiza todos los días posterior a la revisión de ingresos. Durante el pase de visita los médicos señalan la condición en la que se encuentra el paciente, además se revisa junto con personal de enfermería las indicaciones farmacológicas y los pendientes médicos. En algunas ocasiones si el médico adscrito o residente detectan alguna urgencia psicológica se lo comunican al personal de psicología y se brinda atención. En otras ocasiones la descripción del paciente permite la fácil identificación de las necesidades psicológicas a tratar (por ejemplo, la entrega de diagnóstico histopatológico positivo a cáncer).
- ✓ *Atención al paciente hospitalizado.* Se evalúa el estado emocional, cognitivo y conductual del paciente hospitalizado durante la transición hospitalaria, ayudándolo a comprender su probable diagnóstico, los cambios que generará en su vida, el probable origen del padecimiento y sobre todo se favorece la toma de decisión para iniciar con el tratamiento y la adherencia al mismo.
- ✓ *Atención al paciente de Quimioterapia Ambulatoria y de Consulta externa.* Durante las visitas a estos dos servicios se atendía urgencias psicológicas específicas (intervención en crisis ante notificación de diagnóstico a familiares, ansiedad ante el suministro de quimioterapia por primera vez, presencia de trastornos adaptativos y problemas familiares-económicos relacionados al tratamiento).

### *Actividades Académicas*

- ✓ *Supervisión in situ.* La supervisora por lo regular no vigila directamente las actividades del residente, por lo que el residente es quien tiene que acudir directamente con ella y expresar sus demandas y necesidades.
- ✓ *Supervisión académica.* Durante las visitas del supervisor académico se revisó material teórico y aspectos metodológicos de los protocolos de investigación. La mayoría de las

ocasiones se mantuvo contacto vía correo electrónico para revisión de dudas metodológicas relacionadas con el protocolo.

- ✓ *Sesión de Oncología.* Se realizaba todos los miércoles a las 10 am y participaban todos los servicios involucrados en el diagnóstico oncológico de los pacientes hospitalizados en pabellón 3 (Neumología Oncológica, Oncología Médica, Cirugía de Tórax, Broncoscopía, Medicina Nuclear, Radiografía e Imagen y Psicología). Durante esta sesión se revisaban temas relacionados al cáncer torácico así como también casos clínicos complicados o de difícil abordaje.
- ✓ *Sesión general.* Se realizaba todos los miércoles a las 8:30 am, durante esta sesión todos los miembros del Instituto se reúnen para analizar y discutir temas de interés (médico, tecnológico y cultural).

### *Actividades de Investigación*

#### *Protocolo 1*

*Nombre del Protocolo.* “Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico” el cual fue aprobado por el comité de ética del INER.

#### *Protocolo 2*

*Nombre del Protocolo.* “Elaboración y validación de contenido de dos folletos informativos para pacientes con cáncer de pulmón”. El cual consistió en la elaborar dos materiales escritos de educación relacionada con el cáncer de pulmón considerando las creencias de pacientes, familiares y un grupo multidisciplinario de expertos. Dicho protocolo se desprendió de la primera fase del protocolo 1.

#### *Asistencia a eventos Académicos*

- XV Congreso Colombiano de Psicología celebrado en la Ciudad de Bogotá Colombia del 25 al 28 de Mayo de 2012.
- XXII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta celebrado en la Ciudad de Guanajuato, Gto. Del 6 al 10 de Noviembre del 2012.

### *Estadísticas de pacientes atendidos durante el 2º año de Residencia*

Durante el período Febrero 2012-Enero 2013 el número total de pacientes atendidos fue de 149 de los cuales 86 pertenecían al sexo femenino (57.8%) y 63 al sexo masculino (42.2%). Las edades de estos pacientes oscilaban entre los 17 y los 102 años con una media de edad de 55.5 y una desviación estándar de 15.3. Se realizaron en total 470 consultas psicológicas de las cuales 139 (29.5%) fueron de primera vez y 331 (70.5%) fueron consultas subsecuentes.

La mayoría de las consultas psicológicas realizadas se llevaron a cabo en hospitalización (Figura 10), con un total de 406 (86%), seguidas por consulta externa (Neumología-Oncología) 47 (10%) y sólo se realizaron un total de 17 consultas en Quimioterapia ambulatoria (4%).

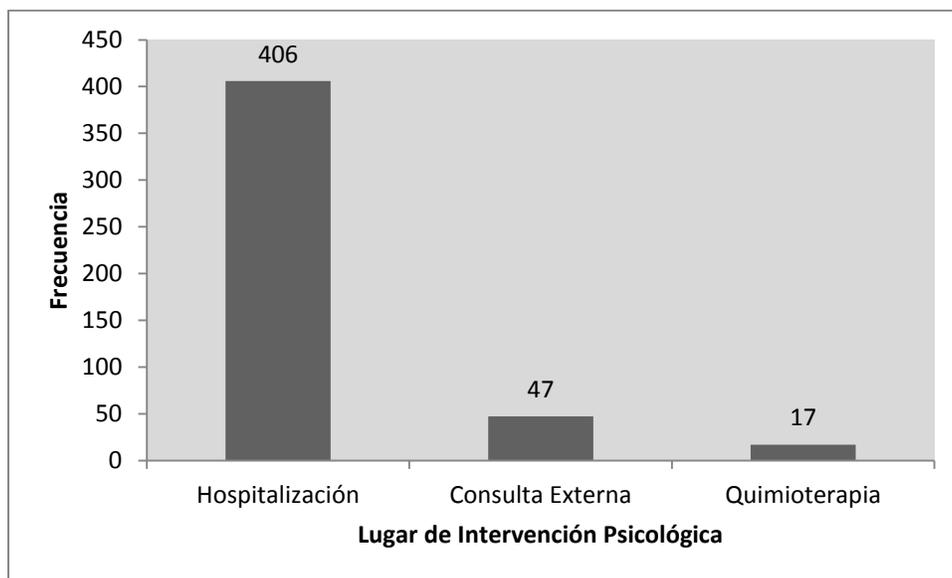


Figura 10. Lugares en donde se proporcionó apoyo psicológico en el período Febrero 2012-Enero 2013.

Los diagnósticos médicos de ingreso (Tabla 29) fueron en su mayoría cáncer pulmonar con una frecuencia de 232 (49.7%) de los casos seguidos por el probable diagnóstico positivo a cáncer (presencia de nódulos solitarios-masas) con un total de 150 (31.9%) de los casos.

<b>Diagnóstico Médico de Ingreso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cáncer de Pulmón	232	49.7
Probable cáncer de pulmón	150	31.9
Neumonía adquirida en la comunidad	33	7.0
Linfoma	12	2.5
Tumor Mediastino	11	2.3
Probable cáncer pleural	8	1.7
Neumonía pos obstructiva	6	1.2
Asma	5	1.0
Cáncer de Mama	3	0.6
EPOC	3	0.6
Derrame pleural izquierdo	2	0.4
Tuberculosis	2	0.4
Derrame pleural derecho	1	0.2
Neumonía Nosocomial	1	0.2
Atelectasia	1	0.2

Tabla 29. Diagnóstico médico de ingreso de los pacientes intervenidos psicológicamente en el período Febrero 2012- Enero 2013.

El diagnóstico psicológico de los 149 pacientes atendidos se muestra en la Tabla 30. Es necesario aclarar que a lo largo de las intervenciones subsecuentes con un mismo paciente el diagnóstico psicológico cambio en virtud de las situaciones o en virtud de la fase de la enfermedad.

<b>Diagnóstico Psicológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Paciente con respuesta funcional-situacional	147	31.2
Ansiedad ante estancia hospitalaria	83	18.6
Ansiedad ante Probable Diagnóstico	54	11.4
Reacción grave de estés	46	9.7
Fase Diagnóstica	34	7.2
Ansiedad ante procedimientos médicos	24	5.1
Episodio depresivo ante estancia hospitalaria	21	4.4
Episodio depresivo ante probable diagnóstico	18	3.8
Episodio depresivo ante diagnóstico	15	3.1
Problemas económicos	12	2.5
Trastorno de ansiedad	10	2.1
Trastorno adaptativo	7	1.4
Ansiedad ante Quimioterapia	6	1.2
Ansiedad ante Pronóstico	5	1.0
Ansiedad ante Diagnóstico	4	0.8
Trastorno depresivo	4	0.8
Delirium	4	0.8

Tabla 30. Problemas Psicológicos de los pacientes atendidos en el período Febrero 2012- Enero 2013.

Aunque la mayoría de los pacientes ingresados a hospitalización se encontraban en fase pre-diagnóstica (ya que no contaban con un reporte de patología), el protocolo de estudio se culminaba satisfactoriamente y muchos de ellos fueron egresados con un reporte patológico (Tabla 31) y se fueron a casa con tratamiento quimioterapéutico.

<b>Diagnóstico Histopatológico de Egreso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adenocarcinoma	45	61.6
Mesotelioma	13	14.2
1° Desconocido	4	5.2
Neumonía en resolución	3	4.1
Epidermoide	2	2.4
Neuroendocrino	2	2.4
Sarcoma	2	2.4
Timoma	2	2.4
Teratoma	1	1.2
Linfoma Hodking	1	1.2
Adenocarcinoma Escamoso	1	1.2
Linfoma No Hodking	1	1.2
Carcinoma Ductal Infiltrante	1	1.2
Carcinoma de células grandes	1	1.2

Tabla 31. Diagnósticos Histopatológicos de egreso de los pacientes atendidos en el período Febrero 2012-Enero 2013.

Con respecto a las modalidades de intervención (Tabla 32) encontramos que la psicoterapia de apoyo fue la más frecuente con un total de 345 (47.2%), seguida por la psicoterapia familiar con 250 casos que es equivalente al 34% del total de los casos.

<b>Modalidad de Intervención Psicológica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Psicoterapia de apoyo	345	47.2
Psicoterapia familiar	250	34.0
Entrevista Inicial	73	9.9
Evaluación Psicométrica	36	4.9
Psicoterapia breve	16	2.1
Intervención en crisis	14	1.9

Tabla 32. Modalidades de intervención psicológica de los pacientes atendidos en el período Febrero 2012 -Enero 2013.

Las técnicas de intervención cognitivo-conductual utilizadas se observan en la Tabla 33. Muchos de los pacientes a lo largo de la hospitalización días posteriores a la intervención psicológica se encontraban funcionales ante las situaciones específicas que involucra un internamiento. Justo para no cometer el mismo error categorial que se cometió en el primer año de residencia se utilizó la frase “Monitoreo cognitivo-conductual”, para denotar la estabilidad funcional del paciente pero que aún con eso se pasó en repetidas ocasiones a visitarlo.

<b>Técnica Cognitivo-Conductual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Monitoreo Cognitivo-Conductual	383	44.7
Entrenamiento en Solución de Problemas	164	19.1
Psicoeducación	159	18.5
Ejercicio en reestructuración cognitiva	47	5.4
Activación conductual	30	3.5
Entrenamiento en Relajación Pasiva	17	1.9
Entrenamiento en Manejo de contingencias	9	1.0
Ejercicio en Distracción cognitiva	8	0.9
Detección de ideas irracionales o anticipadas	8	0.9
Entrenamiento en Autoinstrucciones	7	0.8
Entrenamiento en habilidades de comunicación	4	0.5

Tabla 33. Técnicas psicológicas utilizadas en los pacientes atendidos en el período Febrero 2012-Enero 2013.

***Competencias adquiridas por el residente de Medicina Conductual en el Servicio de Neumología Oncológica***

- Desarrollo de habilidades clínicas y en la detección de necesidades y problemáticas en población con cáncer de pulmón.
- Habilidad para adecuar las técnicas psicológicas a las características del paciente con cáncer de pulmón y los recursos disponibles en el pabellón 3.
- Mejora en la elaboración de notas clínicas y el manejo de expediente.
- Elaboración e implementación de trabajos de investigación y casos clínicos para su presentación en eventos académicos relacionados con la Medicina Conductual.
- Adaptación a espacios físicos disponibles (pasillos, jardines o salas de espera) para proporcionar apoyo psicológico.
- Elaboración de un diagnóstico psicopatológico adecuado considerando aspectos como la entrevista conductual, el análisis funcional de la conducta y los criterios del DSM-IV.
- Manejo de la frustración.

### ***Evaluación del Servicio y de la Supervisión***

En el servicio de Neumología Oncológica el trabajo del residente en Medicina Conductual es apreciado no sólo por el jefe de servicio sino por los médicos adscritos y por la Coordinación de Oncología. Desafortunadamente la carencia de un espacio físico donde se pueda brindar apoyo psicológico es un inconveniente para atender con calidad y en privacidad al paciente y a los familiares.

El trabajo multidisciplinario es una constante en este servicio, por lo que la implementación de protocolos de investigación, la resolución de dudas y el apoyo integral para el paciente es una de las principales metas alcanzadas cuando se habla de calidad y satisfacción.

La supervisión *in situ* durante este segundo año de residencia fue buena debido a que siempre se contó con el apoyo de la supervisora, sin embargo, sería mucho más productivo para el residente tener el apoyo de un supervisor especialista en psicología de la salud o medicina conductual.

La supervisión académica fue deficiente ya que la mayoría de las veces que se solicitó apoyo no se encontró respuesta, además sólo en dos ocasiones la supervisora visitó el hospital y la mayoría de las ocasiones el contacto se dio vía correo electrónico. Se sugiere que la supervisión académica la realice personal con experiencia en el campo hospitalario.

### ***Recomendaciones***

Considero que sería importante asignar un espacio físico donde se pueda brindar apoyo psicológico de calidad, así como también lograr que las psicólogas adscritas al Instituto se reúnan y se conforme una Coordinación de Psicología bajo la cual se dirija y valore el trabajo del psicólogo en los diferentes pabellones. La elaboración e implementación de un manual de procedimientos puede favorecer en gran medida el trabajo psicológico.

Es necesario precisar que parte del valor que se asigna al trabajo de los psicólogos en el Instituto está en relación a los protocolos de investigación que se pueden implementar en las diferentes áreas, por lo que se sugiere que el Comité Científico y de Ética sea más respetuoso de las fechas de evaluación y revisión de los trabajos, así como también proporcione pronta respuesta a los autores para su implementación.

### ***Conclusiones***

Los principales propósitos de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual consisten en desarrollar en los estudiantes las capacidades requeridas para la práctica profesional de la psicología, a través de una formación teórico-práctica, favorecer la adquisición de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada y formar profesionales con actitud de servicio acorde con las demandas del paciente y de la institución médica. En el marco de este segundo año de residencia fue posible el desarrollo y demostración de competencias y destrezas para un ejercicio profesional de alto nivel.

## REFERENCIAS

- Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J. & Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*, 43, 386-93.
- Achterberg, J. (1985). *Imagery in healing: shamanism and modern medicine*. Boston: Shambala.
- Albarrán, L.A. & Macías, T.M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Alonso-Fernández, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Revista Salud Mental*, 32(6), 443-445.
- American Psychiatric Association. (2000). Practice Guide for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157(4).
- Anderson, C., Douglas, R., & Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anguiano, S. A. (2003). *Relación entre comportamientos diarios, estrategias de afrontamiento y dermatitis*. *Evaluación e intervención psicológica*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Granada, España.
- Antolín, A., Ambrós, A., Mangirón, P., Alves, D., Sánchez, M. & Miró, O. (2007). Conocimiento acerca de su enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas descompensadas que consultan en urgencias. *Emergencias*, 19, 245-250.
- Areán, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F. & Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1003- 1010.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones, *Psicología Conductual*, 8, 547 -560.
- Arranz, P. & Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En: E. Remor, P. Arranz, & S. Ulloa (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brower.

- Barraca, M. J. (2010). Aplicación de la Activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: The Behavioral Medicine*. New York: Grune Stratton.
- Buchanan, D., Milroy, R., Baker, L., Thompson, M. A. & Levack, A. P. (2010). Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network. *Support Care Cancer*, 18, 29-36. Doi: 10.1007/s00520-009-0626-2.
- Builes, V. & Bedoya, H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 463-475.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M.C. & Rivero, M.E. (2003). ¿Porqué grupos psicoeducacionales y de autoayuda en trastornos de ansiedad? *Anxia*, 7(4).
- Bulacio, J.M & Vieyra, M.C (2003). *Psicoeducación en Salud*. Recuperado de: <http://www.intramed.net>
- Camacho, S.B. (2003). El cáncer de pulmón. En: Die, T. *Psicooncología*. Madrid: Ediciones Ades.
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. & Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de Preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(3), 209-215.
- Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2008). Mind-body interventions in oncology. *Current Treatment Options Oncology*, 9, 127-134.
- Castelli, L., Binaschi, L., Caldera, P. & Torta, R. (2009). Depression in lung cancer patients: is the HADS an effective screening tool?. *Support Care Cancer*, 17, 1129-1132. Doi: 10.1007/s00520-009-0604-8.
- Chunfeng, C., Zongkui, Z., Liping, Y. & Yonghui, W. (2011). Predictors of a health-related quality of life of patients who are newly diagnosed with lung cancer in China. *Nursing and Health Sciences*. 13, 262-268. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00612x.
- Coronado, R.L., García, C. MA., Velásquez M. A, Morales, B. R. & Alvarado, A. S. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer de pulmón. *Gamo*. 6(4), 104-108.
- Corral, M.J., Matellanes, F.M. & Pérez, I.J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2), 108-113.

- Courad, S., Zalcman, G., Milleron, B., Morín, F. & Souquet, P. J. (2012). Lung cancer in never smokers. A review. *European Journal of Cancer*, 48, 1299-1311. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.03.007>
- Detterbeck, F.C., Boffa, J.D. & Linn T.T. (2009). The new lung cancer staging system. *Clinical Chest Medicine*, 136, 260-271.
- Díaz J, González E, & Varela C. (2001). *Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. México: Pfizer.
- Durand, V.M. (1990). *Severe Behavior Problems. A Functional communication Training Approach*. New York: Guilford Press.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R. & Peláez, I. (2011). Terapia de Activación Conductual en Pacientes con Cáncer. *Anales de Psicología*. 27(2), 278-291. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps>
- Ferro, G. R., Valero, A. L. & López, B. M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>
- Freeman, L., Cohen, L., Stewart, M., White, R., Link, J., Palmer, L. J., & Welton, D. (2008). Imagery intervention for recovering breast cancer patients: Clinical trial or safety and efficacy. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 6(2), 67-75. Doi: 10.2310/7200.2008.0011.
- Goldacre, J. M., Wotton, J. C., Yeates, D., Seagroatt, V. & Flint, J. (2007). Cancer in people with depression or anxiety: record-linkage. *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 683-689. Doi: 10.1007/s00127-007-0211-2.
- Goodwin, K. L., Min, L. S., Puig, A. & Sherrad, A. P. (2005). Guided imagery and relaxation for women with early stage breast cancer. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1(2), 53-66. Doi: 10.1300/J456v01n02.06.
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Salud Mental*, 7(21), 28-36
- Guía de Práctica Clínica GPC. (2008). Prevención y detección temprana del cáncer de pulmón en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hopper, J. W., Spinnazola, J., Simpson, W. B. & Van der Kolk, B. A. (2006). Preliminary evidence of parasympathetic influence of basal heart rate in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1), 83-90.

- Hughes, J.M. & Weill, H. (1994). Asbestos and man-made fibers. En: Samet, J. M. (Ed) *Epidemiology of Lung Cancer*. New York: Marcel Dekker.
- Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N., Segawa, Y., Hosokawa, Y., Kamejima, K. & Inoue, R. (1999). Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. A sequential study of anxiety and depression using the Hospital Anxiety and Depression scale. *Support Care Cancer*, 7, 396-399. Doi: 10.1007/S005209900103.
- Jemal, A., Thun, M.J. & Ries, L.A. (2008). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *Journal National Cancer Institute*, 100, 1672-1686
- Kernberg, O. F. (1984). Trastornos Graves de la Personalidad. México: Manual Moderno.
- Kleiboer, A., Bennett, F., Hodges, L., Walker, J., Thekkumpurath, P. & Sharpe, M. (2011). The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-Oncology*, 20, 62-68. Doi: 10.1002/pon.1708.
- Llorente, G.D. & Aparicio, R.E. (2010). *Anatomía Pulmonar*. España: Fundación Jiménez Díaz.
- Malvezzi, M., Bertuccio, P., Levi, F., La Vecchia, C. & Negri, E. (2012). European cancer mortality predictions for the year 2012. *Annals of Oncology*, 23, 1044-1052. Doi: 10.1093/annonc/mds024.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (2004). España: Masson, S. A.
- Márquez, M. D., Gasol, C. A., Taberner, B. M., Pérez, V. JC., Salud, S. A. & Lombart, C. A. (2012). Virus del papiloma humano en cáncer de pulmón no microcítico. Impacto de mutaciones del EGFR o respuesta a Erlotinib. *Archivos de Bronconeumología*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbes.2012.04.003>
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). Depression in context, strategies for guided action. New York: Norton.
- Marrero, Q. R. & Carballeira, A. M. (2002) Terapia en solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Mateo, A. M. (2007). *Tendencias del cáncer de pulmón en mujeres de 1996-2006 en un hospital de referencia de enfermedades pulmonares*. Tesis para obtener la subespecialidad en Neumología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México.
- Medina, V. E. & Martínez, M.R. (2009). *Fundamentos de Oncología*. Consejo Mexicano de Oncología A. C. México: UNAM.

- Meichenbaum, D. (2002). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D., Day, A. & Baker, F. (2000). Randomized controlled trial of problem-solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320, 26-30.
- Moix, J., López, E., Otero, J., Quintana, C., Ribera, C., Saad, I. & Gil, A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. *Revista de Calidad Asistencial*, 5, 280-286.
- Moorey, S. & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book.
- National Comprehensive Cancer. (2012). Información en PDQ sobre cuidado médico para Profesionales de la Salud. National Cancer Institute.
- Nerón, S., Correa, J.A., Dajczman, E., Kasymjanova, G., Kreisman, H. & Small, D. (2007). Screening for depressive symptoms in patients with unresectable lung cancer. *Support Care Cancer*, 15, 1207-1212. Doi: 10.1007/s00520-007-00225-z.
- Nezu, M. A., Nezu, M.C. & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design. A Problem-Solving Approach*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Oblitas, L. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: PSICOM. Recuperado de: [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.). *Learning and behavior therapy*. New York: EPS.
- Pazdur, R., Coia, R.L. Hoskins, J. W & Wagman, D. L. (2003). *Cancer Management: A multidisciplinary Approach Medical, Surgical and Radiation Oncology*. New York: The Oncology Group.
- Pérez-Álvarez, M. & García, M. S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13(3), 493-510.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de Conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5(2), 159-172.
- Perfil Epidemiológico de los Tumores Malignos en México. (2011). Secretaria de Salud. Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Recuperado de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Piqueras, J. A., Martínez, E., Ramos, V., García, L. & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74.

- Rajadell, P. N. (2001). *Los procesos informativos en el aula: estrategias de enseñanza aprendizaje*. Barcelona: UNED.
- Reynoso, E. L. & Seligson, N. I. (2000). Salud, Psicología y Psicología de la Salud. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 4(3), 47-57.
- Reynoso, E. L. & Seligson, N. I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso, E. L., Hernández, M., Bravo, C. & Anguiano, S. A. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.
- Rodríguez, B., Aránzazu, O. & Palao, A. (2004). Atención Psiquiátrica y Psicológica al Paciente oncológico en las Etapas Finales de la Vida. *Psicconcología*, 1(3), 263-282.
- Salinas, R.J. (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(1), 56-78.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2. Madrid: McGraw-Hill.
- Seligson, N. I., Reynoso, E. L. & Nava, C. (1993). La Psicología de la Salud y sus diferentes campos de aplicación. *Salud y Sociedad*, 2, 37-48.
- Siegel, R., Naishadham, D. & Jemal A. (2012). Cancer statistics, 2012. *Cancer Journal for Clinicians*, 62(1), 10-29.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Proceedings of Yale Conference on Behavioral Medicine *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Torres, F. G. (2008). *Cáncer pulmonar: descripción de sus aspectos clínicos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. Tesis para obtener el título de subespecialidad en Neumología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México.
- Torres, F. I., Beltrán, G. F., Barrientos, G. C., Lin, O. & Martínez, P. G. (2008). La investigación en educación para la salud. Retos y perspectivas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 8(1), 45-55.

- Travis, W.D., Brambilla, E., Van Schil, P., Scagliotti, G. V., Huber, R. M., Sculier, J. P., Vansteenkiste, J. & Nicholson, A. G. (2011). Paradigm shifts in lung cancer as defined in the new IASLC/ATS/ERS lung adenocarcinoma classification. *European Respiratory Journal*, 38, 239-243. Doi: 10.1183/09031936.00026711.
- Tuesca, M. R., Arteta, T. M. & Gómez, M. P. (2001). Efectividad de una intervención psicoeducativa en familiares de personas con esquizofrenia. *Salud Uninorte*, 15(1), 10-14.
- Vázquez, G. F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Wiljer, D., Walton, T., Gilbert, J., Boucher, A., Ellis, M.P., Schiff, S., Sellick, M.S., Simunovic, M., Bezjak, A. & Urowitz, S. (2012). Understanding the needs of lung cancer patients during the pre-diagnosis phase. *Journal Cancer Education*. Doi: 10.1007/s13187-012-0345-0.
- William, D. & Travis, M.D. (2011). Pathology of lung cancer. *Clinical Chest Medicine*, 32, 669-692. Doi: 10.1016/j.ccm.2011.08.005.
- World Health Organization (2008). WHO cancer control programme.. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/net>.

## ANEXOS

### ANEXO 1:

#### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INICIAL

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas de manera honesta y clara, la información que usted nos proporcione será manejada de manera confidencial.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ No de Hijos: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Lugar de origen: \_\_\_\_\_ Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ No Expediente: \_\_\_\_\_

Ahora que se encuentra internado ¿Cómo se siente?

\_\_\_\_\_

Ahora que está internado ¿En qué piensa?

\_\_\_\_\_

Ahora que está internado ¿Qué le gustaría hacer?

\_\_\_\_\_

Ahora que está internado ¿Quiénes vienen a visitarlo?

\_\_\_\_\_

¿En dónde y cuánto tiempo estuvo internado antes de llegar a este Pabellón 3?

\_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido tratamiento psicológico?

\_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido tratamiento psiquiátrico?

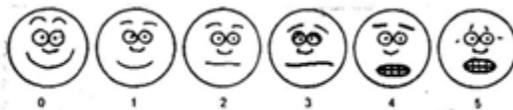
\_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume medicamentos para la ansiedad? \_\_\_\_\_

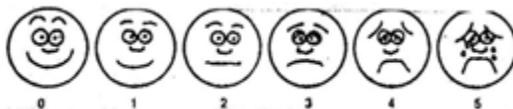
¿Actualmente consume medicamentos para la depresión? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume medicamentos para poder dormir? \_\_\_\_\_

¿Qué tan nervios@ se siente en este momento?



¿Qué tan triste se siente en este momento?



## ANEXO 2:

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Por medio de la presente, se hace la cordial invitación a participar en la investigación psicológica titulada: **“Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico”**. El objetivo de esta investigación es identificar aquellos factores que provocan síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en Neumología Oncológica, para posteriormente implementar un programa de atención psicológica personalizada que permita el manejo de dichos estados de ánimo.

La investigación consistirá en responder 2 cuestionarios de evaluación psicológica en tres momentos diferentes a su internamiento (el primer día de internamiento, posterior a la intervención psicológica y antes de darse de alta en el internamiento) y recibirá asesoría psicológica personalizada durante la estancia hospitalaria. Los procedimientos a utilizar en esta investigación son sencillos y no ponen en riesgo su bienestar físico y/o psicológico.

Los beneficios que puede obtener al participar en este estudio son básicamente los siguientes: 1) contará con información específica y clara relacionada con el probable padecimiento y los tratamientos, 2) aprenderá a identificar aquellos pensamientos y situaciones negativas que pueden condicionar un estado de ánimo ansioso o depresivo y 3) recibirá un entrenamiento breve en relajación pasiva y resolución de problemas derivados de la hospitalización. A lo largo de la intervención psicológica, se espera que usted aprenda estrategias que le permitan manejar su estado de ánimo y resolver los problemas subyacentes a la enfermedad y al tratamiento.

Su colaboración es voluntaria y puede negarse si es su deseo ya que no habrá represalias. Si usted decide participar en la investigación tiene el derecho de retirarse en el momento que así lo quiera. Su colaboración no tendrá ningún costo, ni será remunerada de manera monetaria o instrumental.

Si usted desea participar en esta investigación es necesario que se comprometa a responder con sinceridad a las preguntas realizadas en los cuestionarios los cuales tienen una duración de 15 a 25 minutos y realizar aquellas actividades y ejercicios que solicite el investigador durante la estancia hospitalaria. Si es su deseo se dará seguimiento una vez que es dado de alta.

De ser necesario se consultará su expediente médico con el objetivo de ampliar la información relacionada a su caso. Los datos personales y los resultados obtenidos de los cuestionarios serán manejados de forma confidencial y serán resguardados en todo momento por el investigador, podrán documentarse en publicaciones de divulgación científica. Si usted desea conocer los resultados de la investigación podrá obtenerlos a través de los responsables de la misma:

- ☞ Lic. Psic. Ana Leticia Becerra Gálvez
- ☞ Dr. Uriel Rumbo Nava
- ☞ Mtro. Leonardo Reynoso Erazo  
54871700 ext. 5284  
[djin508@hotmail.com](mailto:djin508@hotmail.com)

Página 1 de 2

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA**

**Protocolo: “Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico”**

En caso de cualquier duda o comentario sé que puedo ponerme en contacto con los miembros del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación cuyo presidente es la Dra. Rocío Chapela Mendoza. Tel. 54871700 ext. 5254 o 5110.

Agradecemos su atención y esperamos contar con su honorable participación.

México D. F. \_\_\_\_\_.

**PARTICIPANTE:**

Nombre y Firma del Participante: \_\_\_\_\_.

**TESTIGO 1:**

Testigo 1: \_\_\_\_\_.

(Nombre, Firma y Parentesco)

Dirección del Testigo 1: \_\_\_\_\_.

**TESTIGO 2:**

Testigo 2: \_\_\_\_\_.

(Nombre, Firma y Parentesco)

Dirección del Testigo 2: \_\_\_\_\_.

**INVESTIGADOR:**

Nombre y Firma del Investigador: \_\_\_\_\_.

### ANEXO 3:

#### ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_ Folio Psicológico \_\_\_\_\_ No. Protocolo \_\_\_\_\_

**Abajo hay una lista de preguntas acerca de cómo se siente emocionalmente. Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante la última semana. No es necesario que piense mucho las respuestas.**

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):  
a) Todo el día      b) casi todo el día      c) de vez en cuando      d) nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas que siempre:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) casi siempre
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:  
a) Si y muy intenso      b) si, pero no muy intenso      c) si, pero no me preocupa      d) no siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) casi siempre
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:  
a) Todo el día      b) casi todo el día      c) de vez en cuando      d) nunca
6. Me siento alegre:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) Casi siempre
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) casi siempre
8. Me siento lento(a) y torpe:  
a) Todo el día      b) casi todo el día      c) de vez en cuando      d) Nunca
9. Experimento una sensación de nervios y vacío en el estómago:  
a) Casi siempre      b) frecuentemente      c) rara vez      d) no en absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:  
a) Casi siempre      b) frecuentemente      c) rara vez      d) no en absoluto
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejarme de mover:  
a) Casi siempre      b) frecuentemente      c) rara vez      d) no en absoluto
12. Espero las cosas con ilusión:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) casi siempre
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:  
a) Casi siempre      b) frecuentemente      c) rara vez      d) no en absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:  
a) No en absoluto      b) rara vez      c) frecuentemente      d) casi siempre

#### ANEXO 4:

	Técnica/ Procedimiento	Objetivos de la Sesión	Material
Pre- evaluación	Aplicación de escalas de medición	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentación del protocolo de investigación y solicitud de consentimiento informado.</li> <li>-Recabar de datos socio-demográficos y clínicos del paciente.</li> <li>-Conocer los niveles de ansiedad y depresión del paciente (Medición Basal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista semiestructurada de evaluación (Anexo 1).</li> <li>-Consentimiento informado (Anexo 2).</li> <li>-Expediente Clínico.</li> <li>-Inventario HADS (Anexo 3).</li> <li>-Escala visual análoga para ansiedad y depresión.</li> </ul>
Intervención	Psicoeducación	-Explicar brevemente la normatividad del hospital, duración aproximada y objetivo del internamiento e importancia de los procedimientos médicos durante el internamiento.	-Folleto "Normas para pacientes hospitalizados"
	Imaginación guiada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificación y jerarquización de pensamientos, emociones o situaciones generadoras de sintomatología ansiosa o depresiva.</li> <li>-Identificación de respuestas fisiológico-corporales ante situaciones percibidas como amenazantes.</li> <li>-Explicar brevemente en que consiste el ejercicio su duración, objetivo y los cambios que se esperan en el paciente posterior a su puesta en práctica.</li> <li>-Evaluar los cambios subjetivos percibidos por el paciente así como las dificultades que encontró en el ejercicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reproductor de audio.</li> <li>-Audífonos.</li> <li>-Grabación para inducción de visualización guiada número 1 Formato mp3 (Anexo 7).</li> </ul>
	Imaginación guiada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñar el modelo cognitivo, explicando la relación existente entre situación-emoción-pensamiento utilizando las propias vivencias del enfermo dentro de la estancia hospitalaria.</li> <li>-Identificar los lugares, condiciones y frases auto-dirigidas que confortan o inducen al paciente a sentirse tranquilo y promover en él su aplicación en situaciones amenazantes dentro y fuera del hospital.</li> <li>-Explicar brevemente en qué consiste el ejercicio, su duración, objetivo y los cambios que se esperan en el paciente posterior a su puesta en práctica.</li> <li>-Evaluar los cambios subjetivos percibidos por el paciente así como las dificultades que encontró en el ejercicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reproductor de audio.</li> <li>-Audífonos.</li> <li>-Grabación para inducción de visualización guiada número 2 (Anexo 8).</li> </ul>
	Activación Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñar al paciente a identificar y describir como funcionan las rutinas diarias en el contexto hospitalario.</li> <li>-Identificar las relaciones entre lo que hace (y deja de hacer) y sus emociones y cogniciones.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar las actividades saludables según su agrado y dominio.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las conductas de evitación, las cuales impiden restablecer su actividades en el contexto hospitalario.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar lo que puede y no ser cambiado (temporal y/o definitivamente) considerando su estado de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hojas Blancas</li> <li>-Lápiz</li> </ul>

	Activación Conductual	-Elaborar un análisis funcional de la conducta junto con el paciente para determinar el objetivo de las actividades agradables. -Enseñar al paciente a evaluar las actividades cotidianas/emociones y pensamientos (programación periodo de registro). -Identificar de las claves contextuales que facilitan y mantienen la evitación experiencial y la inactividad. -Manejar las contingencias ambientales que mantienen las conductas de enfermedad o la inactividad (contratos terapeuta/paciente/allegados).	-Hojas Blancas -Lápiz
	Solución de problemas	-Identificación de situaciones problemáticas en la hospitalización y otros contextos. -Jerarquización de situaciones problemáticas para evaluación de abordaje. -Elaborar junto con el paciente un proceso de búsqueda de alternativas de solución a un problema real que lo aqueje (lluvia de ideas).	-Hojas Blancas -Lápiz
	Solución de problemas	-Enseñar al paciente a evaluar las ventajas y desventajas de la probable solución problemática real ya evaluada. -Favorecer la búsqueda de apoyo social en sus modalidades informativa, emocional y económica, proporcionando información breve de los lugares en dónde puede encontrarlo.	-Hojas Blancas -Lápiz
	Psicoeducación	-Proporcionar información clara, sencilla y específica de la enfermedad, modalidades de tratamiento e implicaciones físicas y psicológicas que se manifiestan en la etapa de tratamiento de encontrarse un diagnóstico positivo a cáncer.	Folletos en formato blanco y negro: -“¿Qué es el cáncer? ¿Cómo lidiar con ésta enfermedad?” -“La quimioterapia y sus implicaciones” (Ver anexos 5 y 6).
Post-evaluación	Post-evaluación	-Conocer los niveles de ansiedad y depresión del paciente y evaluar si es candidato a interconsulta a psiquiatría. -Evaluar la efectividad del programa psicológico por técnica.	-Inventario HADS. -Escala visual análoga para ansiedad y depresión.
Seguimiento	Post-evaluación a 5 días de la intervención	-Afianzar las técnicas aprendidas de tal suerte que el paciente sea capaz de aplicarlas en contextos diferentes. -Continuar con la programación de actividades y evaluar los beneficios cognitivos y emocionales que ha dejado la ejecución de las mismas.	-Inventario HADS. -Escala visual análoga para ansiedad y depresión.

## ANEXO 5:

### Apoyo para pacientes con cáncer de pulmón

¿Qué es el cáncer?  
¿Cómo lidiar con ésta  
enfermedad?



*En este folleto encontrará información sobre:*

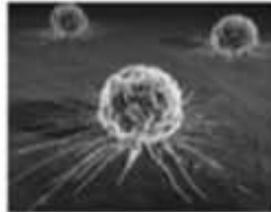
- El cáncer ¿qué es?*
- ¿Qué provoca el cáncer de pulmón?*
- ¿Cómo se detecta el cáncer?*
- ¿Qué hacer ante un diagnóstico de cáncer?*

Página 2

Seguramente en este momento, al escuchar la palabra cáncer, vienen a su cabeza una serie de pensamientos negativos e inmediatamente piensa en la muerte. Es muy común que la palabra cáncer nos asuste, por esta razón se ha creado este folleto para dar a usted una breve reseña de esta enfermedad.

### ¿Qué es el cáncer?

La palabra cáncer se deriva de una frase muy antigua de origen griego "karkinos" la cual hace referencia a un cangrejo, ya que los tumores malignos (también llamados neoplasias o tumores cancerosos) son semejantes en su forma a estos pequeños animales, para que se haga una idea observe las siguientes imágenes:



Son muy parecidos ¿verdad?

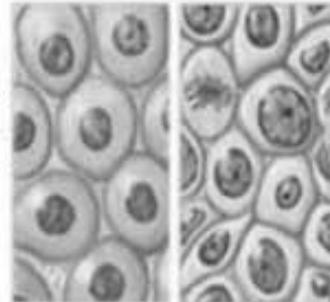
### ¿Cómo se forman los tumores cancerosos?

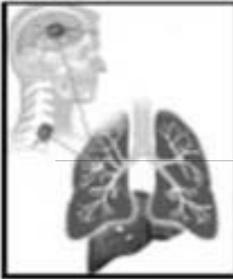
Todos los tumores cancerosos se forman de millones y millones de células malignas, las cuales han sufrido un cambio en su conformación genética, es decir, han dejado de ser células normales.

### ¿Qué son las células?

Las células son unidades minúsculas que forman a los seres vivos, incluido el cuerpo humano.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen, tienen mecanismos para dejar de crecer y mueren pero las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose descontroladamente, y no se mueren.





Los tumores cancerosos avanzan con el tiempo y pueden dañar órganos cercanos o lejanos, esta es la manera en la que se extienden y se le llama metástasis.

Es importante recalcar que ningún cáncer se parece a otro, ni por el órgano en donde se ubica, ni entre pacientes.

Los órganos del cuerpo que enferman de cáncer con mayor frecuencia son:



En mujeres:	En hombres:
-Cáncer cervicouterino	-Cáncer de pulmón
-Cáncer de mama	-Cáncer de próstata
-Cáncer de pulmón	-Cáncer de colon
-Cáncer de colon	-Cáncer de estómago



El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en el mundo tanto en mujeres como en hombres.

### ¿Qué causa el cáncer de Pulmón?

Hasta ahora los Oncólogos (especialistas en cáncer), no han encontrado la causa del cáncer de pulmón sin embargo, existen algunos factores que pueden incrementar el riesgo de padecerlo:



- Fumar de manera activa (que usted fume) (el 80% de los fumadores padecen cáncer de pulmón)
- Fumar de manera pasiva (estar cerca de alguien que fuma) (el 60% de las personas que se exponen pueden padecer cáncer de pulmón).
- Exponerse a humo de leña, a residuos de hornos, calderas, materiales de construcción o vivir en zonas cercanas a fábricas.
- Exponerse a materiales como asbestos o solventes.

En ocasiones las personas pueden padecer cáncer de pulmón aún sin tener alguno de los anteriores factores de riesgo, por esta razón es indispensable que consulte a su médico especialista.

Es importante saber lo siguiente:

- Padecer cáncer NO es culpa de nadie, mucho menos de la persona que lo padece.
- El enfermar de cáncer NO debe ser visto como un "castigo" ni mucho menos como una advertencia de Dios, ya que a cualquier persona le puede pasar, hasta a un niño o bebé
- El cáncer NO se da por algún golpe, susto o fuerte enojo.
- El cáncer NO se contagia.



### ¿Cómo se detecta el cáncer de pulmón?

Desafortunadamente el cáncer de pulmón no se detecta oportunamente y se sabe de la presencia de enfermedad por los siguientes síntomas:

- Tos persistente o intermitente (puede haber flema con sangre)
- Dificultad para respirar
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Dolor de pecho y/o espalda
- Fiebre
- Infecciones respiratorias constantes



Cuando hay sospecha de cáncer, el médico solicitará los siguientes estudios: análisis de sangre, radiografías, tomografías, pruebas de respiración, broncoscopia o toracoscopia.

El médico debe realizar una biopsia, la cual consiste en tomar un trozo de tejido o líquido del tumor.

Del pulmón se extrae un trozo de tejido y/o líquido pleural



Una vez que se toma la muestra, se examina en un microscopio en busca de células cancerosas.

¿Se puede prevenir el cáncer de pulmón?  
Para prevenir el cáncer de pulmón sólo deje de fumar.  
**NO DEJE QUE LE GANE LA DECIDIA!**

A continuación se comentarán algunas dudas que suelen preocupar a los pacientes.

¿Es contagioso el cáncer?  
El cáncer no es contagioso. A nadie se le "pega" o "pasa" el cáncer.



¿El cáncer es hereditario?  
La mayoría de los casos el cáncer se presenta en personas que no tienen familiares con cáncer, pero algunos tipos de cáncer ocurren en ciertas familias. Pregunte a su médico.

Si el cáncer se remueve por medio de una cirugía o biopsia, ¿se extiende o risga a otras partes del cuerpo?  
Esto casi nunca ocurre ya que los cirujanos usan métodos especiales y toman muchas precauciones para evitar que las células cancerosas se extiendan.

Si una persona está recibiendo tratamiento contra el cáncer, ¿puede seguir viviendo en su casa, trabajando y participando en sus actividades normales?

El objetivo del tratamiento es que el paciente siga su vida normalmente, sin embargo, el que realice sus actividades dependerá del tipo de cáncer que tiene, la etapa del cáncer, y del tipo de tratamiento que recibe.



¿Todas las personas con cáncer tienen el mismo tipo de tratamiento?

Existe muchos tipos de células malignas, por lo que el tratamiento depende del origen, y nombre de la célula, la etapa en que se encuentre y el estado físico del paciente, es decir, el tratamientos es personalizado.

Por ejemplo: En las imágenes de abajo se muestran dos pacientes recibiendo tratamiento para el cáncer, sin embargo, su tratamiento no es igual pues su tumor tiene un origen y nombre diferente, el paciente 1 tiene un adenocarcinoma y el paciente 2 tiene un mesotelioma.



PACIENTE 1



PACIENTE 2

¿Hay tratamientos alternativos que curan el cáncer?

Productos como: Uña de gato, Hongo Michoacano, Floressens, Hierbalife o Mangostán ofrecen al paciente la idea de que curan el cáncer, pero actualmente los estudios científicos no han encontrado ninguna hierba, mezcla o producto que cure el cáncer.

Los pacientes con cáncer que están tomando o piensan tomar tratamientos alternativos deben hablar con su doctor.



¿Qué hago con todo esto que siento?

A muchas personas les resulta difícil convivir con emociones tan cambiantes y tan intensas cuando se saben enfermos de cáncer.

Las emociones negativas son frecuentes en los pacientes con cáncer, sin embargo, de nada sirve evitarlas o ignorarlas por el contrario, deben tratar de afrontarlas de la mejor manera con ayuda de sus seres queridos.

**¡No sirva de nada evitar los miedos!**



No se abandone a la tristeza y al abatimiento, el modo en que usted se enfrenta a la enfermedad influye en su calidad de vida.

Pida ayuda a los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y a los psicólogos de este pabellón.

**¡No tema a expresar lo que siente!**



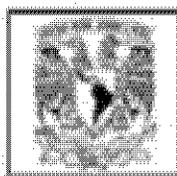
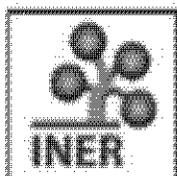
**Página 8**

*Pida apoyo a los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos de este pabellón, ellos pueden resolver tus dudas.*

*Usted es lo más importante para nosotros.*

**“Cuando la vida te presente razones para llorar,  
demuéstrale que tienes mil y una razones para  
reír”.**

**(Anónimo)**



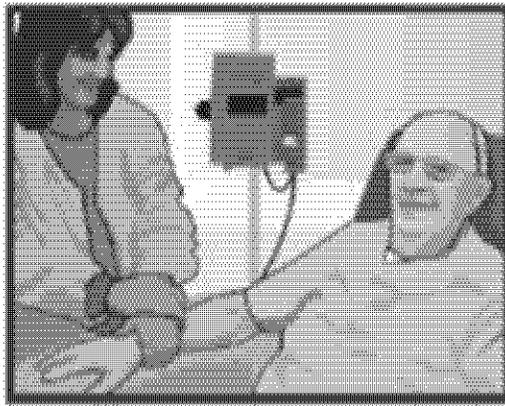
**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Universidad Nacional Autónoma de México**

**Elaboró: Lic. Psic. Ana Leticia Becerra Gálvez  
Maestría en Medicina Conductual  
UNAM**

## ANEXO 6:

**Apoyo para pacientes con cáncer de pulmón**

### La Quimioterapia y sus implicaciones



*En este folleto encontrará información sobre:*

- La quimioterapia ¿qué es?*
- Los beneficios y efectos secundarios de la quimioterapia.*
- Manejo de algunos efectos secundarios de la quimioterapia.*
- El estado de ánimo durante la Quimioterapia y cómo lidiar con sus sentimientos.*

### ¿Qué es la Quimioterapia?

Es un tratamiento contra el cáncer, el cual consiste en suministrar medicamentos para detener el crecimiento de las células cancerosas y/o reducir el tamaño del tumor.



### ¿Qué hace la quimioterapia?

Dependiendo del tipo de cáncer y el tamaño del tumor canceroso la quimioterapia puede:

• Evitar que la enfermedad se extienda rápidamente o hace que el tumor crezca lentamente .

• Reducir los síntomas que provoca el cáncer: la quimioterapia disminuye los dolores y otras molestias que provoca el tumor canceroso.

Desafortunadamente los tumores de pulmón son detectados en etapas muy avanzadas, por lo que la mayoría de las veces se utiliza la quimioterapia con el objetivo de dar más tiempo y calidad de vida al paciente.

### ¿Quién decide el tipo de Quimioterapia que debe recibir?

El Oncólogo decide el tipo de quimioterapia que el paciente debe recibir y toma en cuenta lo siguiente:

- El tipo de cáncer (el nombre y origen de la célula que forme el tumor).
- El tamaño del tumor (a partir de esto el médico indicará cuantos ciclos de quimioterapia deberá recibir y cada cuánto tiempo).
- Otros problemas de salud del paciente (por ejemplo: diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, etc.).
- El nivel económico del paciente.



### ¿Qué es un ciclo de quimioterapia?

Un ciclo de quimioterapia hace referencia al número de veces que se aplicará la quimioterapia dejando un intervalo de tiempo como descanso, por ejemplo: si un paciente recibe ocho ciclos de quimioterapia esto quiere decir que durante su tratamiento se le aplicó ocho veces el medicamento.

### ¿Cómo se administra la Quimioterapia?

Se puede administrar vía intravenosa (directamente a una vena) y también se puede administrar oralmente (se dan pastillas o cápsulas para que usted las tome por la boca).



### ¿Dónde recibirá la quimioterapia?

Usted puede recibir la Quimioterapia en:

- El área de hospitalización mientras está internado.
- La sala de quimioterapia ambulatoria (los pacientes se van a casa el mismo día después de recibir el tratamiento).
- Su casa (con apoyo de personal capacitado que se encuentre disponible).

### ¿Puedo faltar a una sesión de Quimioterapia?

No es bueno faltar a un tratamiento de quimioterapia, pero en ocasiones el oncólogo médico puede retrasar o cambiarle la fecha de aplicación.



### ¿Cómo va a saber si la Quimioterapia está funcionando?

El neumólogo y el oncólogo realizarán exámenes físicos así como también pruebas de sangre, rayos X y tomografías, según lo que se observe en ellos le informarán que está pasando con el tumor canceroso.

Muchas veces los pacientes creen que entre más molestias genere la quimioterapia, mayor es su eficacia, pero esto es **FALSO**.

### ¿Cuánto cuesta la Quimioterapia?



Es difícil saber cuánto costará la quimioterapia, ya que depende de los medicamentos, la cantidad que se use y de su economía. Acuda con la Coordinadora de Oncología y con la Trabajadora social ellas le informarán más al respecto.

¿Qué debe preguntar al Oncólogo Médico para saber más de la enfermedad?

Algunas preguntas que puede hacer son las siguientes:

¿Cómo se llama al tipo de cáncer que tengo?

¿Qué tan avanzado está?

¿Cuál es la meta de la Quimioterapia?

¿Cuáles son los beneficios y riesgos de la Quimioterapia?

¿Cómo puedo controlar los efectos secundarios de la Quimioterapia?

Recuerde que para poder platicar con el médico debe realizar una cita, de preferencia lleve a un familiar, amigo o ser querido, haga todas sus preguntas, y anote en una libreta todo lo que le dice el médico.



¿Cuáles son los efectos secundarios que provoca la Quimioterapia?

Quizás usted ya ha escuchado por algún conocido o amigo lo que ocurre cuando se trata el cáncer con Quimioterapia, sin embargo, es necesario que sepa que no a todos los pacientes les pasa lo mismo.

Algunos efectos secundarios que causa la Quimioterapia son los siguientes:

Fatiga

Cambios en el apetito

Nausea

Vómitos

Anemia

Caida del pelo

Cambios de coloración en las uñas

Úlceras en la boca (mucositis)

Diarrea

Estreñimiento



Para más información consulte la hoja de consentimiento informado, la cual fue entregada por el Oncólogo.

Recuerde que no todas las personas presentan estos efectos ya que depende de cómo reaccione su cuerpo, del tipo y cantidad de quimioterapia.

Manténgase informado@

¿Qué puedo hacer con los efectos secundarios?  
Hable con su doctor, él le indicará que hacer, no se automedique.

Sugerencias para controlar los efectos secundarios:

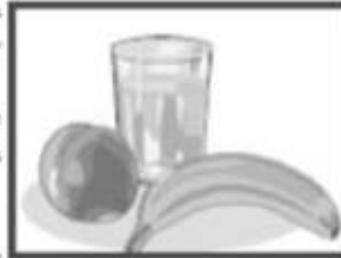


Cambios en el apetito

- En lugar de hacer 3 comidas grandes al día, haga 4 o 6 comidas pequeñas.
- Procure siempre comer acompañado.
- Realice sus comidas a la misma hora todos los días.
- Si no puede comer alimentos sólidos, coma alimentos batidos, papillas o licuados.
- Es importante que coma aún sin apetito.

Estreñimiento

- Escriba una lista de la fecha y la hora en la que defeca y así llevar un control de sus hábitos de evacuación.
- Beba por lo menos dos litros de agua (se recomienda tomar un vaso de agua por hora mientras sea de día)



Diarrea

- Consuma alimentos que controlen la diarrea (arroz, chayote, calabaza y zanahoria).
- Beba muchos líquidos.
- Procure limpiarse suavemente para evitar lesiones anales y mantenga esa zona bien lubricada.

Fatiga

- Planifique su tiempo de descanso.
- Manténgase activo pero trate de no hacer demasiado, realice actividades tranquilas como por ejemplo leer, tejer o ver televisor.
- Duerma por lo menos 8 horas todas las noches.
- Evite tomar siestas en el día.
- Deje que los demás le ayuden.



### Caida del Pelo

· Antes de que se caiga el pelo, córtese o afeitese la cabeza, si piensa comprar una peluca hágalo mientras tiene pelo, para que se parezca lo más que se pueda a la peluca.

Pregunte a la Coordinadora de Oncología sobre las pelucas oncológicas.

· Tenga cuidado cuando se lave el pelo, utilice un shampoo suave.

· No use productos que dañen su cabello como alisadores, secadoras o tintes.

· Después de la caída del pelo, proteja su cuero cabelludo y cuando esté al aire libre use sombrero, turbantes o pañuelos.



Es importante que hable de sus sentimientos ya que perder el pelo no es lo mismo que perder una pestaña. Mucha gente se siente deprimida, enojada o avergonzada pero platicarlo con alguien de confianza puede hacerlo sentir mejor. Recuerda que tu cabello regresará.

### Cambios en la boca y la garganta

La Quimioterapia puede causar boca seca, cambios en el sentido del gusto, infecciones o úlceras en las encías o lengua (mucositis), por lo que recomendamos:



· Visite al dentista por lo menos una vez al mes.

· Revisar su boca y lengua todos los días para que identifique lesiones, manchas o infecciones.

· Procure tener su boca húmeda (tome agua a menudo).

· Utilice cepillo de cerdas suaves para evitar lesiones y si es de cerdas duras suavícelo con agua tibia.

· No use enjuagues bucales con alcohol.

· Si tiene dentadura postiza, asegúrese que le ajuste adecuadamente.

· Tenga cuidado con lo que coma.

· Realice enjuagues de bicarbonato con agua después de comer.



Náuseas y Vómitos.

- Evite los alimentos y las bebidas con olores fuertes.
- Pruebe pequeños bocados de comida para evitar vomitar.
- Chupe dulces o chicles sin azúcar y coma galletas saladas esto reducirá sus náuseas.
- Procure estar relajado durante su tratamiento practique actividades como: leer, tejer, dibujar o escuchar música.
- Si siente ganas de vomitar, respire profunda y lentamente.

Es normal pensar y sentir negativamente mientras recibe quimioterapia, después de todo vivir con cáncer y recibir tratamiento puede generar sentimientos como:

- Ansiedad
- Tristeza o depresión
- Miedo
- Enojo
- Frustración
- Vulnerabilidad
- Soledad



*¿Qué tengo que hacer si me siento así?*

Es necesario que hable con otras personas de cómo se siente, sólo así podremos ayudarlo, quizás puede hablar con un amigo, un miembro de su familia, un miembro de su religión, alguna enfermera, trabajadora social o psicóloga.

Algunas sugerencias son las siguientes:

·**Infórmese:** buscar información le ayudará a comprender la enfermedad y las opciones de tratamiento, esto le permitirá sentir más control sobre el cáncer, recuerde que entre menos sorpresas es mejor.

·**Expresa lo que siente:** platicar con alguien proporciona cierto alivio y reduce los niveles de angustia.



Página 2

-Identifique sus propios temores: trate de descubrir lo que más le preocupa, pregúntese si le tiene miedo a la enfermedad, a la muerte, a los gastos, etc. Esto le ayudará a buscar soluciones al problema y enfrentarlo de la mejor manera. No evite los problemas.

-Cuide su cuerpo: Duerma lo suficiente, coma sanamente y trate de hacer actividades que su cuerpo le permita.

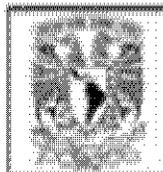
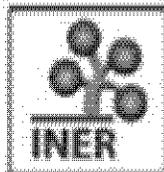
-Consientase y déjese consentir: Escuche la música que le gusta, visite a sus amigos, vea películas, etc.

-Mantenga una rutina: Procure hacer sus actividades normalmente y aunque no se pueda reincorporar a su trabajo, busque actividades que le ayuden a rebentar sus gastos.

**No se desespere!**

-Rodéese de personas positivas: Este tipo de personas le pueden ayudar a reconfortar el espíritu y la confianza, no debe tener miedo de pedir.

**"Mientras hay vida, hay esperanza"**



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Universidad Nacional Autónoma de México

Elaboró: Lic. Psic. Ana Leticia Becerra Gálvez

Maestría en Medicina Conductual

UNAM

## ANEXO 7:

### Grabación 1

#### Ejercicio Imaginación guiada:

Comienza invitándote a relajarte cerrando lentamente los ojos y centrando tu atención en este momento y en este ejercicio. Suelta tranquilamente la respiración hazlo varias veces, lentamente e invitándote a relajarte y dejándote ir más a medida que vas liberando tus tensiones. Estás dejando pasar tranquilamente el tiempo, dejando a un lado cualquier preocupación o plan, confiando en que puedes retomarlos cuando hayas terminado este ejercicio.

Este es un tiempo para olvidar el pasado y pasar un tiempo especial contigo y para ti. Tiempo de calidad dedicado a relajarte y descansar.

Sé amable contigo mismo y con tu propia forma de relajarte...date cuenta de los cambios en tu atención entre mi voz y la música, tus pensamientos y tu respiración.

Sé testigo de tus sentimientos y favorece la presencia de emociones positivas a través de ti...Invitándote a relajarte más y más profundamente, mientras cuento lentamente del 1 al 10: 1 estás dejando caer tus hombros; 2 se están relajando los músculos de tu mandíbula; 3 relajando tu frente; 4 dejando que se relajen los músculos alrededor de tus ojos; 5 respirando lentamente; 6 relajando poco a poco los dedos de tus manos; 7 relajando los músculos de tu vientre; 8 dejando que se relajen los músculos de tus piernas; 9 relajando tus tobillos y los dedos de tus pies y 10 permitiéndote estar profundamente relajado.

Respeto cualquier petición que tu cuerpo te haga ahora sobre un cambio de posición, para estirarte con cuidado, puedes hacer cualquier movimiento que te haga sentir más cómodo y a gusto.

Permanece en esa posición que te hace sentir cómodo, relajado y en paz. Date cuenta de lo bien que te sientes. Procura hacerlo más a menudo...Tomate tiempo para ti para estar contigo, para parar y descansar, para disfrutar de este hermoso día.

Estamos a punto de terminar este ejercicio, permanece relajado y en paz mientras cuento hacia atrás 10 estás presta atención al lugar donde está apoyado tu cuerpo, 9 respira tranquilamente, 8 concéntrate en mi voz, 7 reconoce los sonidos que nos rodea, 6 mueve lentamente tu cabeza, 5 comienza a abrir los ojos de forma que entre algo de luz, 4 parpadea lentamente y reconoce el lugar en donde estas, 3 respira lentamente, 2...Acomoda tu cuerpo; 1 con cuidado y a tu ritmo estás comenzando a volver a la realidad permaneciendo relajado y sintiéndose descansado.

## ANEXO 8:

### Grabación 2

#### Ejercicio Imaginación guiada:

El propósito de esta grabación es ayudarlo a lograr una relajación profunda y si contamos con su ayuda es muy probable que lo logremos, para obtener un mejor resultado le sugerimos que siga las instrucciones que vamos a darle, trate de siempre de llevar a cabo los ejercicios de relajación en el mismo lugar. El sitio elegido por usted debe contar con las características que le provoquen placer y sensación de tranquilidad, puede ser algún lugar especial de su casa, sobre su cama o inclusive sobre alguna silla cómoda, al hacerlos procure no dormirse ya que el objetivo es que usted logre conscientemente un estado de satisfacción y bienestar, es decir, se trata de que usted logre de manera intencional momentos de paz y tranquilidad.

Necesitamos que esté a gusto, que se afloje cualquier prenda de vestir que apriete, cierre los ojos y dirija su atención a estas instrucciones, procure respirar profundamente tomando por la nariz y posteriormente sacando por la boca....inhale por la nariz.... Exhale por la boca...ponga atención a la sensación que le provoca respirar de esta manera.... Si puede usted notarlo es muy agradable respirar de esta manera. No deje de hacerlo.... Note como su cuerpo se va aligerando como si fuese una pluma suave....Disfrute de esta sensación...Dese cuenta de los cambios que va teniendo su cuerpo....Respire profundo....Perfecto.... Lo está haciendo muy bien.

Sienta el alivio de su cuerpo al tenerlo muy relajado....deje atrás las tensiones....Céntrese en el aquí y ahora.... Recuerde que no hay nada mejor que este momento... Su cuerpo está cómodo.... Muy cómodo, está a gusto....su temperatura es muy agradable y se siente bien....No hay hora fija...No hay tiempo fijo....Sólo una sensación agradable.... Y en cada exhalación su cuerpo se abandone al descanso. Su cuerpo está relajado... Profundamente relajado y esto lo hemos logrado con su ayuda.

Imagínese en un lugar que le agrada, en un lugar apacible, por ejemplo, imagine un lugar lleno de flores, rodeado de árboles, plantas...Agua....Siente una temperatura muy agradable en su piel....Nada le molesta... El cielo que envuelve su paisaje es de un azul intenso....Si esta imagen es la que le gusta manténgala.... Si no, cambie el lugar a su gusto.... Vamos a mantener esa imagen que le gusta por unos momentos más.... No hay tiempo....Ni hora fija...Sólo está en el aquí y ahora...Entre a este nuevo mundo privado diseñado por usted...Disfrute de esta experiencia personal creada por usted buscada intencionalmente, esta es una experiencia muy personal. Hagamos otras respiraciones...Recuerde que inhalamos por la nariz y exhalamos por la boca....Inhale....Exhale.

Nos acercamos al final de este ejercicio voy a contar en cuenta regresiva...Gracias por la ayuda que nos brindó ....Gracias por hacer este ejercicio 10....9....8....7....Abra lentamente sus ojos...6....5...4...3...2...1.



## ANEXO 9:

### HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE ONCOLOGÍA PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

*Psic. Ana Leticia Becerra Gálvez  
RI MEDICINA CONDUCTUAL*

#### CASO CLÍNICO:

##### Ficha de identificación:

Nombre: ACR  
Sexo: Femenino  
Edad: 45  
Estado civil: Casada con tres hijos mayores de edad  
Escolaridad: Secundaria Completa  
Religión: Cristiana  
Ocupación: Hogar/Estética  
Lugar de origen/residencia: Edo. de México  
Diagnóstico médico: Ca Pulmón-Tuberculosis  
Motivo de Captación: Ansiedad ante EIH

##### Antecedentes heredofamiliares:

- Madre con diabetes mellitus tipo II (controlada).
- Padre con hipertensión (motivo de defunción).

##### Antecedentes personales patológicos:

La paciente refiere no haber tenido en su infancia, enfermedades de importancia, salvo gripes pasajeras y algunas infecciones intestinales no importantes, comenta que cuenta con todas las inmunizaciones. Durante la adolescencia presentó gripas “fuertes” en intensidad y frecuencia además de manifestar episodios de expectoración espesa. Durante la adultez cerca de los 44 años comenzó a tener complicaciones con los pulmones y con el aparato respiratorio, motivo por el cual comenzó con disnea de medianos esfuerzos, es diagnosticada con tuberculosis, y en Mayo del presente año es diagnosticada con cáncer de pulmón (izquierdo), actualmente la enfermedad es tratada con quimioterapia paliativa.

### **Antecedentes psicológicos-patológicos:**

La paciente refiere ser una persona activa y que se centra en la resolución de problemas, sin embargo durante la evaluación psicológica inicial, se observa que la paciente manifiesta constantemente ansiedad ante situaciones nuevas las cuales son percibidas como amenaza. Comenta que antes de saberse enferma “estaba como obsesionada” con verse bella, motivo por el cual tiempo después del último embarazo se realiza una lipectomía con colocación de implantes mamarios, comenta que parte de esa obsesión tiene que ver con su profesión ya que “siempre tenía que verse bien para dar una buena impresión” (Sic. Paciente).

### **Antecedentes personales no patológicos:**

**Historia Social.** La paciente refiere que se caracterizó por ser una niña amigable y platicadora (habilidades comunicativas verbales y no verbales observables). Su profesión como estilista le ha permitido conocer gente y poner atención en las necesidades de otros, por eso tiene muchos conocidos.

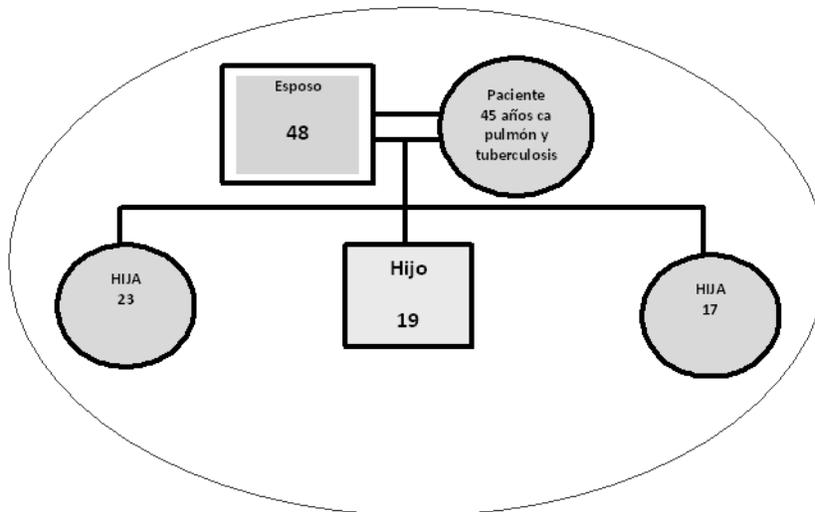
**Historia Escolar.** La paciente menciona que no tuvo problemas de importancia durante la etapa escolar, sin embargo, ella prefiere no terminar una carrera porque escoge tomar un curso de belleza y empezar a ganar dinero para ayudar a sus familiares.

**Historia laboral.** Refiere haber trabajado en su juventud en una fábrica de galletas, hasta que termina su curso de belleza, posteriormente trabaja en un salón de belleza como ayudante para luego poner su propia estética cerca de su casa.

**Historia sexual.** La paciente refiere no haber tenido muchos novios, dice que “el único hombre es su esposo”. Utilizó dispositivo como método anticonceptivo y nunca ha presentado enfermedades de transmisión sexual.

### **Dinámica Familiar y Familiograma:**

La paciente vive en una casa de tipo urbano “rentada” al lado de su esposo y sus tres hijos, comenta que a pesar de no vivir cerca de su familia, la apoyan en lo que pueden, sin embargo, quien se hace responsable de ella es su marido el cual se dedica al comercio.



### **Motivo de Consulta:**

La paciente presentó desde su primera estancia hospitalaria sintomatología ansiosa caracterizada por episodios de llanto, agitación psicomotora, tos excesiva que se exacerbaba ante la angustia y pensamientos anticipados, ante esta situación es evaluada por el servicio y es captada durante el pase de visita del servicio de oncología.

### **Historia del problema (Oncológica):**

Los antecedentes importantes para el padecimiento actual de la paciente, tabaquismo positivo desde los 15 años de edad de 3 a 5 cigarrillos diarios el cual es suspendido desde hace 6 meses, alcoholismo positivo de tipo social sin llegar a la embriaguez.

El problema inicia en el mes de febrero del presente año motivo por el cual acude al servicio de urgencias del HJM ya que presentaba dolor localizado en hipocondrio izquierdo de tipo pleurítico (EVA 8-10), dicho servicio solicita interconsulta a neumología quién considera que se trata de un derrame pleural, se realiza punción pulmonar de la cual se obtiene 24 ml de líquido pleural rojizo de aspecto hemático y con coágulos parciales, se realiza toma biopsia, se encuentra que se trata de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con patrón papilar y micropapilar de tipo focal, es referido a Oncología quien realiza valoración con estudios de laboratorio e imagen, es estadificada como un estadio IV, tumor irresecable y se decide proporcionar quimioterapia paliativa a base Cisplatino-Paclitaxel 4 ciclos. Ante la revisión clínica se encuentra que después del tercer ciclo, la enfermedad se encuentra en franca progresión, ya que el tumor toma todo el

pulmón izquierdo, además de que se palpa conglomerado axilar y supraclavicular, motivo por el cual se decide cambiar el esquema quimioterapéutico a base Carboplatino-Gencitabine en espera de una respuesta parcial, el jefe de servicio comunica pronóstico fatal a corto plazo y solicita apoyo de psicooncología y tanatología.

### **Historia del Problema (Psicológica):**

La mayor parte del tiempo está preocupada por su diagnóstico, ya que le provoca irremediablemente llanto exacerbado y pensamientos anticipados y de tipo irracional, que “la ha llevado a crisis de angustia incontrolables” (sic paciente). Reporta no haber solicitado apoyo psicológico o psiquiátrico.

### **Impresión y actitud general:**

Paciente femenina con facie de preocupación, que se encuentra en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Su lenguaje es claro, coherente y congruente. Se encuentra en hospitalización (acompañada de su esposo y cuñada). Se muestra cooperativa durante la entrevista.

### **Examen mental (Completo):**

Paciente femenino con edad aparente igual a la cronológica, que se encuentra en adecuadas condiciones de aliño e higiene a contexto hospitalario, de composición mesomorfica. Orientada en TEP. Memorias conservadas. Atención y concentración dependientes de interacción. Alerta y con respuesta anticipada al ambiente. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto hipotímico y estado de ánimo preocupado-ansioso. Pensamiento concreto centrado en diagnóstico y pronóstico. Lenguaje claro, fluido, congruente y coherente. Estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción. Locus de control externo. Con conciencia de enfermedad. Adecuada redes de apoyo percibidas por la paciente.

### **Análisis y descripción de conductas problemáticas:**

- Crisis de ansiedad manifestadas principalmente durante los internamientos hospitalarios y en situaciones de soledad en casa.
- Pensamientos:
  - Irracionales con respecto a la causa de la enfermedad (castigo divino).

- Anticipados con respecto a la evolución de la enfermedad
- Déficit en la activación conductual de tipo situacional (Decremento en las actividades durante la estancia intrahospitalaria y de soledad).
- Dificultad para elaborar alternativas de solución ante la presencia de problemáticas nuevas (paciente/familia).

### Análisis funcional de la conducta:

S	O	R	C
Situaciones Estímulo Antecedentes	Variables Organísmicas	Respuesta	Consecuencias
<p><u>Externas:</u></p> <p>-Durante la estancia en el hospital. -Cuando se encuentra sola en casa ya sea incidental o propositivamente. -Consulta externa (ocasionalmente)</p> <p><u>Internas:</u></p> <p>-Percepción de vulnerabilidad.</p> <p>-Percepción de muerte anticipada e injusta por parte de una deidad divina.</p>	<p><u>Historia de aprendizaje:</u></p> <p>-Considera que los actos del pasado traen consecuencias en el presente y en el futuro.</p> <p><u>Variables biológicas:</u></p> <p>-Presencia de tos con esputo sanguinolento-verdoso. -Dolor del pulmón afectado.</p> <p><u>Valores culturales:</u></p> <p>Concibe como muy importante el valor de la familia y la función del rol maternal.</p> <p>La belleza es la que abre puertas a la aceptación como ser social.</p> <p><u>Habilidades:</u></p> <p>-Amigable. -Actividades relacionadas con el trabajo estético y del aseo en casa. -Altruista</p>	<p><i>Trastorno de adaptación con presencia de episodios de ansiedad y depresión.</i></p> <p><u>Conductual:</u></p> <p>Llanto fácil. Déficit en la activación conductual de tipo situacional.</p> <p><u>Cognitiva:</u></p> <p>Quejas verbales como: “yo no me quiero morir” “porque dios no me escucha” “mi familia no me entiende” “nadie me puede ayudar”</p> <p><u>Fisiológica:</u></p> <p>Dolor en el pecho y debajo de la axila donde se encuentra el pulmón afectado. Tensión en cara, cuello, manos y pies, en ocasiones presencia de temblor en manos, sudoración excesiva y crisis de tos excesiva.</p> <p><u>Emocional:</u></p> <p>Labilidad emocional. Angustia. Estado de ánimo Deprimido.</p>	<p><u>Inmediatas- Individuales:</u></p> <p>Incremento de molestias físicas que originan nuevas complicaciones. (Sangrado nasal en dos ocasiones).</p> <p><u>Inmediatas- con otros:</u></p> <p>La familia responde ante la queja y se preocupan.</p> <p><u>A largo plazo- Individuales:</u></p> <p>Incremento del dolor y de la tos, baja en las defensas del cuerpo que propicia por la misma tuberculosis la amenaza de nuevas infecciones.</p> <p>Percepción de vulnerabilidad y de poca resolución de los problemas.</p> <p><u>A largo plazo-con otros:</u></p> <p>Cansancio y desesperación ante la imposibilidad de responder ante las problemáticas nuevas.</p>

## **Evaluación multiaxial - Diagnóstico DSM-IV:**

### Eje I: Trastornos clínicos y códigos V:

- Crisis de angustia

### Eje II: Trastornos de Personalidad y Retraso Mental:

### Eje III: Enfermedades Médicas:

- Cáncer de Pulmón Neoplasias (CIE-10: C00-D48)

### Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales:

### **Estrategia terapéutica:**

Se establecieron cinco metas del tratamiento clínicamente relevantes:

- Disminuir la ansiedad en situaciones específicas como EIH y de soledad en casa.
- Identificar pensamientos irracionales y de tipo anticipado en la paciente.
- Propiciar “disonancia cognitiva”, potenciando así la creación de pensamientos más adaptativos en el corto o mediano plazo.
- Incrementar la activación conductual durante la EIH y de soledad.
- Propiciar la elaboración de alternativas resolutivas en presencia de problemáticas subyacentes a la enfermedad.

<b>Estrategias potenciales de intervención</b>	<b>Objetivos del tratamiento</b>
Ejercicios de imaginación/auto instrucciones.	Reducción de las crisis de ansiedad.
Ejercicios de reestructuración cognitiva (refutación lógica-diálogo socrático).	Identificación de pensamientos poco adaptativos- “disonancia cognitiva”.
Activación conductual.	Incremento de conductas agrado-dominio durante la EIH y en momentos de soledad.
Ejercicios en solución de problemas (paciente-familia) (pendiente)	Elaborar alternativas de solución ante problemáticas nuevas debido al pronóstico.

### Resumen integral de técnicas ejecutadas:

#### **Ejercicios de imaginería y auto- instrucciones:**

Para inducir y facilitar el decremento de la respuesta emocional ansiosa y fisiológica correspondiente, se explicó en que consistía la técnica y los efectos que se tienen aplicándolos de la manera adecuada. Se realizó el ejercicio de imaginar el sabor ácido del “limón cortado” (aprox. 3 min.) Se resaltó el cambio en la respuesta fisiológica. Posteriormente se llevó a cabo un ejercicio más con ayuda de una grabación en sesiones posteriores (Consulta externa).

Se explicó que aún sin ayuda se podría recurrir a la imaginación para reducir la ansiedad y que el uso de frases auto dirigidas (manifiestas o encubiertas) pueden inducir la imagen con mayor facilidad. Se dejó como tarea en casa elaborar frases o instrucciones que propiciaran (se puso un ejemplo para cada situación):

1. Relajación: “respira.... Tranquila...”
2. Control de la situación: “este es solo un problema más yo lo puedo resolver” “Dios está conmigo él me va a ayudar a comprender... resolver esto”.

Decrementó su percepción de ansiedad de 9 a 4-3 a lo largo de las primeras dos semanas.

#### **Ejercicios en reestructuración cognitiva**

La paciente comentó que en ocasiones los pensamientos negativos eran más fuertes que ella “como fantasmas intrusos”, se cuestionó bajo que circunstancias se presentaban estos pensamientos (momentos de inactividad- antes de recibir Qt –antes del internamiento), se explicó cual es la diferencia entre situación-emoción-pensamiento y se dejó de tarea realizar un autorregistro semanal tipo ABC (esta técnica no fue medular para el tratamiento sin embargo, en tres ocasiones se tuvo que poner en practica durante las primeras tres sesiones de quimioterapia).

Ideas poco funcionales que presentaba la paciente:

**Paciente:** ¿Por qué a mí me pasó esto si no soy mala?, ¿Qué no soy hija de Dios? ¿Por qué Dios me hace esto?

**Refutación:** ¿Quién sabe de todos las personas que hay en el mundo lo que es bueno o malo?, Qué hay de los niños con cáncer ¿también son malos? ¿Dios también los está castigando?

**Paciente:** “A todas las personas con cáncer con la quimio se les cae el cabello” “Se me va a caer el cabello estoy segura” “Me voy a ver tan fea que todos me van a hacer burla... me van a criticar”.

**Refutación:** ¿Estas segura que a todas las personas? ¿Quién o en donde dice que todos los pacientes con cáncer pierden el cabello con la Qt? ¿No tener pelo hace menos valiosa a una persona? ¿Acaso la belleza se mide por el tamaño del pelo?¿Crees que haya tipos de belleza? ¿Cuáles son?

**Paciente:** “De seguro se me van a bajar las defensas con la quimio....me voy a sentir mal”----

**Refutación:** Existe esa probabilidad pero ¿cómo es que estás tan segura? Puede que esto ocurra pero también puede que no.

#### **Activación Conductual:**

Se realizó entrevista para evaluar las actividades agrado-dominio para conocer las actividades que se podían poner en marcha, se indagó con respecto a la autoeficacia percibida (considerando la anergia causada por la Qt), se programaron actividades percibidas como reforzantes, se ensayó imaginariamente como se comportaría durante dichas actividades (estancia en la estética) se fijó un horario de actividades en situaciones de soledad entre 4 y 6 pm (instruir a las empleadas de la estética de cómo poner y pintar las uñas, etc.) por las noches en casa (lectura de la biblia y otros libros dos horas antes de dormir). Una vez por semana salir a comprar el material de la estética o salir al mercado o al super. Reporta un decremento en la incidencia de los pensamientos poco adaptativos.