

Intervención cognitivo conductual para manejo de ansiedad y dolor ante procedimiento médico: reporte de caso en una niña con leucemia linfoblástica aguda

Cognitive behavioral intervention to anxiety and pain during a medical procedure: case report for a girl with acute lymphoblastic leukemia

Liliana Rivera Fong
Angélica Riveros Rosas

Resumen

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la enfermedad oncológica más frecuente en menores de 15 años; cuyo tratamiento médico está basado en altas dosis de quimioterapia por dos o tres años; se estima que en este periodo un niño llega a recibir hasta 300 inyecciones, lo que convierte al tratamiento en una de las principales causas de dolor; entre los procedimientos médicos evaluados como dolorosos destaca la quimioterapia intratecal. Para el manejo del dolor, se ha recono-

Abstract

Acute lymphoblastic leukemia (ALL) is the most common oncological disease in children under 15 years of age; whose medical treatment is based on high doses of chemotherapy for two or three years. It is estimated that during this period a child receives up to 300 injections, which makes the treatment one of the main causes of pain. The intrathecal chemotherapy is a medical procedure evaluated as painful. The management of pain includes pharmacological treatment and psychological interventions like

cido la importancia de completar el tratamiento farmacológico con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, las cuales cuentan con evidencia moderada en adultos o niños sanos; sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia en población pediátrica oncológica. Por ello, se presenta el reporte de caso único de una paciente de ocho años con diagnóstico de LLA sometida a quimioterapia intratecal sin anestésicos, debido a condición médica, quien recibió intervención psicológica basada en psicoeducación y respiración profunda para manejo de dolor, ansiedad y conductas de estrés ante procedimiento médico. Durante la quimioterapia, se presentaron complicaciones conductuales que no interfirieron con el curso normal del procedimiento, mientras que las valoraciones de ansiedad y dolor se mantuvieron en puntajes bajos y moderados respectivamente. En conclusión, la psicoeducación y la respiración profunda pueden ser técnicas eficaces para el manejo no farmacológico del dolor agudo en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos médicos, además de ser viables en contextos hospitalarios, ya que requieren corto periodo de entrenamiento.

PALABRAS CLAVE

Respiración profunda, TCC, quimioterapia intratecal, oncología pediátrica.

cognitive-behavioral psychological techniques which have shown moderate evidence of their use. However, there is not enough evidence in the pediatric oncology population. This paper shows a single case report of an eight-year-old female patient with a diagnosis of ALL undergoing intrathecal chemotherapy without anesthetics due to a medical condition. The patient received psychological intervention based on psychoeducation and deep breathing to manage pain, anxiety, and stress behaviors before a medical procedure. During chemotherapy, behavioral complications occurred that did not interfere with the usual course of the procedure, while anxiety and pain ratings remained at low and moderate scores, respectively. In conclusion, psychoeducation and deep breathing can be effective techniques for the non-pharmacological management of acute pain in pediatric patients undergoing medical procedures, in addition to being viable in hospital contexts since they require a short training time.

KEYWORDS

Deep breathing, CBT, intrathecal chemotherapy, pediatric oncology.

Antecedentes

La leucemia es un tipo de cáncer hematológico que impacta la diferenciación de los leucocitos mononucleares y de los plimorfonucleares de la médula ósea; dentro de este grupo de enfermedades, podemos ubicar a la leucemia linfoblástica aguda (LLA) cuando las células afectadas son los linfocitos con linaje B, las cuales no logran la madurez necesaria para su correcto funcionamiento (Hernández *et al.*, 2019, Hillman, 2006; Ault y Rinder, 2006). La LLA es el cáncer más frecuente en niños y adolescentes; sólo en 2020 se reportaron 474 519 nuevos casos a nivel mundial, con una tasa de incidencia de 5.4 casos por cada 100 000 (Huang *et al.*, 2022).

Del total de casos reportados en niños con LLA, se ha observado un incremento significativo en la sobrevida global en países desarrollados, pasando de 54% en los ochenta hasta 70% y 85% en los noventa entre diversos países; esta sobrevida continuó incrementando hasta 90% en los primeros años del siglo XXI. Sin embargo, tal mejoría no se observa en los países en vías de desarrollo donde, además de no contar con datos precisos, se estimó que en los noventa la sobrevida estaba entre 30% y 68%, con un promedio de 50% (Rendón-Macías *et al.*, 2012). Como consecuencia de esto, la mortalidad asociada a la leucemia a nivel mundial en 2020 fue de 311 594 decesos atribuibles a esta enfermedad (Huang *et al.*, 2022).

En el caso de México, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2024) señala que en 2019 había una prevalencia de 0.03% de casos en menores de 20 años. A pesar de su baja incidencia, en México, se ha observado un aumento progresivo de la mortalidad en la población general a causa de las leucemias. En 2008, de las 3 787 muertes registradas por esta causa, 21.2% (800) fueron en menores de 15 años.

De acuerdo con el NCI (2013), la opción de tratamiento estándar para la LLA es la quimioterapia a altas dosis, con una duración

aproximada de dos a tres años. Como parte del tratamiento con quimioterapia, los menores pueden requerir la aplicación de tratamientos intratecales cuando la LLA se disemina a encéfalo o médula espinal o existe la posibilidad de que esto ocurra (McGrath *et al.*, 1991; NIH, 2023). Para la administración de la quimioterapia intratecal, el paciente debe permanecer inmóvil, ya que cualquier movimiento puede dañar la médula espinal y ocasionar efectos secundarios que van desde cefalea hasta paraplejia; además de ser considerado, por los pacientes, como uno de los procedimientos médicos más dolorosos del tratamiento de la LLA (McGrath *et al.*, 1991; NIH, 2023). Debido a estos factores, los servicios de pediatría llevan a cabo estos procedimientos médicos bajo anestesia general.

Adicionalmente, se sabe que 40% de los pacientes pediátricos con cáncer presentan dolor, cuya principal causa es el tratamiento en 74% de los casos (Miser *et al.*, 1987). En relación con los pacientes que son sometidos a procedimientos de médula ósea, hasta 70% de los pacientes reportaron dolor, en intensidad: 56% moderado, 32% severo y 3% el peor dolor que han experimentado; resalta que hasta 42% continúan con dolor 3 días posteriores al procedimiento y 12%, incluso una semana después (Hibbs, 2022).

Al explicar la percepción y experiencia del dolor, Mezlack y Casey (1968) afirman que están compuestas por tres dimensiones básicas: *a*) sensorial-discriminativa, *b*) motivacional-afectiva y *c*) cognitivo-evaluativa. De aquí que tomen relevancia los factores psicológicos en el manejo de dolor ante procedimientos médicos, entre los que destacan: *a*) que el niño preste atención máxima al dolor, lo que conduce a un aumento de la ansiedad y miedo a la sensación dolorosa; con lo que la experiencia sensorial puede magnificarse y sentirse como un empeoramiento del cuadro; *b*) la sobrevigilancia de las reacciones emocionales que produce el dolor tiene como consecuencia no sólo una vivencia afectiva más desagradable (ya sea depresiva, ansiosa o ambas), sino también somática, de manera que produce en el niño aumento en la gravedad de los procesos patoló-

gicos y en la incapacidad que siente y c) la memoria de los estados dolorosos son un antecedente, por lo que el manejo adecuado de las circunstancias que le ocasionen dolor puede influir en su experiencia, haciendo más fácil o más difícil el manejo en situaciones futuras.

Como se observa, el dolor es una experiencia multidimensional que incluye aspectos como ansiedad, que puede ser causada por el dolor, pero a su vez es un factor que incrementa la intensidad de dolor percibido, razón por la cual deben ser evaluados de manera conjunta. El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, 2013) reconoce la importancia de complementar el tratamiento farmacológico con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales y psicosociales que tienen potencial para mejorar directamente el control del dolor y de manera indirecta incrementan en el paciente la percepción de control sobre la sintomatología. Se ha encontrado que cuando se enfocan en síntomas específicos como el dolor, pueden reducir de manera significativa la carga que representan los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer (Given *et al.*, 2002), por lo que se recomienda utilizar intervenciones individualizadas, considerando las preferencias del paciente.

En relación con las técnicas psicológicas utilizadas para el manejo del dolor agudo y ansiedad en niños, un estudio aleatorio encontró que el uso de analgesia farmacológica en combinación con juegos de realidad virtual durante procedimientos médicos disminuyó tres puntos el dolor reportado por los niños en comparación con el solo uso anestesia farmacológica (Das *et al.*, 2005). El uso de juegos de realidad virtual también ha sido efectivo para disminuir la ansiedad durante procedimientos médicos (Aminabadi *et al.*, 2012).

Por otro lado, la implementación de distracción cognitiva mediante diferentes medios como videos, música, caricaturas y libros durante procedimientos médicos mostró puntaje significativamente menor en ansiedad en comparación con un grupo control; sin em-

bargo, en relación con el dolor, no hubo diferencias (Sinha *et al.*, 2006).

Una revisión sistemática con metanálisis reportó que la implementación de música produce un beneficio de leve a moderado en el dolor; sin embargo, de manera preliminar las intervenciones musicales administradas por musicoterapeutas fueron más eficaces que las intervenciones mediante medicina musical (Dileo, 2006). Los datos presentados permiten suponer que la intervención psicológica es efectiva en combinación con anestesia farmacológica para manejo de dolor, ansiedad y estrés en pacientes sometidos a procedimientos médicos invasivos; sin embargo, debe considerarse que dichas investigaciones se han realizado primordialmente en adultos, niños sanos o con pacientes seleccionados intencionalmente, motivo por el cual es indispensable indagar el efecto de la intervención psicológica para manejo de dolor ante procedimientos médicos invasivos en niños y evaluar su eficacia en una población diferente.

Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la intervención psicológica en el manejo de dolor, ansiedad y conductas de estrés ante la quimioterapia intratecal en una paciente de ocho años con diagnóstico de LLA.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Paciente femenina de ocho años, atendida en un hospital público de la Ciudad de México por LLA desde seis meses previo a la intervención reportada en este estudio. Al momento de la entrevista, se encontraba en fase tratamiento quimioterapéutico. La paciente no cuenta con antecedentes psicológicos o psiquiátricos. Por razones éticas, será identificada como S. Entre los datos sociodemográficos resalta que cursaba el tercer grado de primaria en escuela pública, vivía con sus padres y una hermana mayor de 12 años; profesaba la religión católica y en el momento de la entrevista inicial se refirió asintomática.

Fue referida al servicio de psicología con el objetivo de establecer una estrategia conductual que permitiera someter a S a una quimioterapia intratecal sin sedación, debido a que previamente había presentado una reacción alérgica grave a los medicamentos anestésicos empleados de manera cotidiana.

Historia del problema

S inició su padecimiento oncohematológico seis meses antes de la intervención reportada; al momento del diagnóstico, presentó fatiga, dolor muscular, fiebre de predominio nocturno y hematomas; tras diversos estudios, fue diagnosticada con LLA L2 e inició tratamiento con esquema quimioterapéutico “San Judas”; completó con éxito las fases inducción, consolidación y reinducción. Durante la entrevista, se encontraba con respuesta completa a tratamiento; sin embargo, era indispensable terminar el esquema propuesto inicialmente para disminuir sus probabilidades de recaída.

Durante el tratamiento, en la onceava aplicación de quimioterapia intratecal, tuvo dificultades cardiorrespiratorias graves asociadas a la sedación, lo que puso en riesgo su vida; fue necesario hospitalizarla en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por tres días. Debido a esta reacción, era indispensable encontrar alternativas de sedación ante nuevos procedimientos de tratamiento y control, por lo que S fue evaluada por un médico alergólogo para iniciar protocolo de estudio. A pesar de ello, no fue posible tener resultados de los estudios realizados antes de la fecha programada para la siguiente aplicación de quimioterapia intratecal, por lo que se consideró indispensable realizar dicho procedimiento únicamente con anestesia local tópica. Ante el dolor esperado y el riesgo del procedimiento, se solicitó el apoyo del servicio de psicología para manejo conjunto de la paciente para el mejor control del dolor ante el procedimiento médico.

Antecedentes personales

S es la menor de dos hijas; su madre refiere que consideraba que la paciente gozaba de excelente salud hasta el diagnóstico oncológico, antes del cual no había requerido hospitalizaciones ni cirugías. La madre comentó que el diagnóstico fue una crisis para toda la familia, por lo que requirieron apoyo psicológico que favoreció el proceso de adaptación, no sólo de la paciente, sino de la familia en general.

La madre de S comentó que ésta se ha mostrado muy participativa con el tratamiento; refirió que el principal problema se presentó durante las primeras estancias hospitalarias largas, en las cuales expresaba de manera constante su deseo de regresar a la escuela y ver a sus amigos; ocasionalmente, exigió a sus padres y abuelos premios o concesiones como condición para someterse a los procedimientos, por lo que su madre solicitó apoyo del servicio de psicología de aquel momento, quienes la orientaron con técnicas conductuales para extinguir dichas conductas. Esta situación favoreció la relación psicólogo-familia y fortaleció la disposición al trabajo en conjunto.

Durante el interrogatorio, S refirió que no presenta molestias durante la aplicación de quimioterapia, ya que puede conversar con otros niños y hacer cosas como dibujar o jugar con plastilina. Identificó las hospitalizaciones como la principal molestia del tratamiento. Expresó temor a la sedación debido a las complicaciones previas y refirió autoeficacia para tolerar el dolor del procedimiento médico sin anestesia general: “cuando me pican o me destapan el catéter pienso que no me va a doler y no me duele. Debe de ser igual”.

Estrategias de evaluación

La principal herramienta de evaluación fue la entrevista con S y su madre, pues permitió obtener información sobre experiencias previas y cogniciones relacionadas con el dolor y los procedimientos médicos. Se establecieron como variables dependientes ansiedad, dolor y conductas de estrés, las cuales fueron medidas de la siguiente manera:

- Estrés mediante la Procedure Behavioral Rating Scale (PBRs) creada para la evaluación de estrés del niño oncológico durante las punciones lumbares y aspiraciones medulares. La escala revisada consta de 11 conductas evaluadas en tres fases del procedimiento: 1) el niño, al entrar a la sala, 2) limpieza de la zona y anestesia y 3) el procedimiento médico hasta retirar la aguja. Tiene una confiabilidad $r = 0.94$ (Katz *et al.*, 1980).
- Ansiedad a través de una Escala Visual Análoga (EVA) de ansiedad en tres momentos: 1) en la evaluación, 2) antes de iniciar el procedimiento médico y 3) al finalizar la punción lumbar. Dichas escalas son recomendadas para niños a partir de los ocho años (Malmierca *et al.*, 2008).
- Dolor, evaluado mediante la Escala Facial del Dolor validada con niños de 6 a 12 años por Hicks *et al.* (2007). Consiste en seis caras, acompañadas de una numeración. Es la escala más utilizada para medición de dolor en niños mayores de cuatro años. Fue aplicada al finalizar el procedimiento médico (Malmierca *et al.*, 2008).

Formulación clínica del caso

En la valoración, se encontró una paciente de ocho años, con edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de aliño

e higiene, con vestimenta acorde a la edad, sin alteraciones en la marcha. Consciente, alerta, cooperadora ante la entrevista, memorias conservadas, atención y concentración predominantemente sostenidas, juicio lógico, pensamiento concreto con ideas centradas en las complicaciones del procedimiento previo. Afecto eutímico, lenguaje coherente y congruente, adecuado en velocidad, volumen y ritmo. Noción de enfermedad, autoeficacia para manejo de dolor.

S refirió deseos de no ser sedada nuevamente: “Prefiero que me lo hagan así”. En relación con la experiencia con procedimientos médicos previos, consideró que los ha controlado, situación que le brinda confianza para tolerar el nuevo procedimiento. Aseveró conocer estrategias de distracción cognitiva y relajación mediante imaginación; sin embargo, expresó desagrado y poco dominio por esta última: “Quieren que imagine cosas y no me gusta, además es muy difícil”. El personal médico reportó que nunca se han suspendido o retrasado procedimientos médicos debido a la solicitud de S o a la falta de cooperación.

En la evaluación de ansiedad mediante EVA sobre los procedimientos médicos anteriores, reportó tres puntos en una escala de 0 a 10; en relación con el dolor, refirió una puntuación de cuatro en Escala Facial del Dolor en procedimientos sin sedación como cambio de catéter y venopunciones. Se observaron movimientos estereotipados de manos y pies ante cuestionamiento sobre la aplicación anterior y en menor grado ante el nuevo procedimiento.

Se identificó como principal técnica de la paciente, distracción cognitiva mediante juegos o plática con compañeros; la cual no es viable debido a las condiciones de espacio o posición de este procedimiento.

Hipótesis

Si se brinda preparación psicológica mediante educación para la salud, psicoeducación y respiración profunda, S podrá someterse al procedimiento médico invasivo sin complicaciones conductuales.

Tratamiento

Debido a la limitación de tiempo (tres días antes del procedimiento) y las características de la paciente, se planteó una intervención cognitivo conductual de tres sesiones de intervención con las siguientes técnicas:

- **Psicoeducación:** componente común de la terapia cognitivo-conductual, cuyo principal objetivo es exponer la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Así como la funcionalidad de sus reacciones para interpretar la información del ambiente (Barlow, 2008).
- **Educación para la salud:** proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud, y así responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica (Redondo, 2004).
- **Respiración profunda:** propuesta por Lichstein (1988), consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica una inspiración profunda, seguida de un periodo de retención (entre cinco y diez segundos), y después, una exhalación lenta. Este procedimiento permite conseguir de forma rápida un estado de relajación.

Objetivo general del tratamiento psicológico

Evaluar la viabilidad de una intervención cognitivo conductual compuesta por educación para la salud, psicoeducación y respiración profunda para manejo de complicaciones conductuales durante el procedimiento médico invasivo.

Objetivos particulares del tratamiento psicológico

1. Controlar el dolor percibido por S durante el procedimiento médico.
2. Controlar síntomas de ansiedad durante procedimiento médico.
3. Controlar conductas de estrés durante procedimiento médico.

El programa de intervención consistió en tres sesiones en días consecutivos, cada una con duración aproximada de 50 minutos. Las técnicas implementadas en cada sesión se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Carta descriptiva de intervención

Sesión	Técnica	Objetivo	Tarea	Evaluación
1	Educación para la salud	Que S fuera capaz de explicar el procedimiento médico y cómo se realiza.	S deberá explicar a su papá el procedimiento médico, cómo se realiza y las actividades y pensamientos que considera que pueden ayudarlo durante la quimioterapia intratecal.	La paciente logró explicar a su padre el procedimiento que se realizaría.
	Psicoeducación	Que S ejemplificara cómo sus conductas y pensamientos han interferido o no con la percepción de dolor y ansiedad.		Identificó actividades distractoras, como juegos y platicar, que le han ayudado a manejar el dolor y la ansiedad.

2-3	Respiración profunda	Que la paciente fuera capaz de realizar cinco respiraciones profundas de manera consecutiva, y que identificara cambios corporales.	Practicar en casa la respiración profunda en compañía de su madre.	La paciente logró realizar las respiraciones sin complicaciones. Identificó cambios fisiológicos como “me da sueño”, “siento como si flotara”, “no puedo pensar en nada”.
-----	----------------------	---	--	--

El día del procedimiento médico, se evaluó a S veinte minutos antes de la hora programada para la quimioterapia; se le condujo a la sala de procedimientos donde se realizó nuevamente la técnica de respiración profunda antes del arribo del personal médico. Durante la preparación del material que se utilizaría, se realizaron ejercicios de respiración profunda en la posición requerida para el procedimiento (posición fetal).

Resultados

Tanto S como su madre se mostraron cooperadoras durante programa de intervención, y realizaron las tareas designadas de manera conjunta. Como se muestra en la tabla 2, durante el procedimiento médico se presentaron algunas complicaciones conductuales; sin embargo, no interfirieron con el curso normal del procedimiento ni fue necesaria la aplicación de nuevas dosis de anestesia local, lo cual disminuyó las probabilidades de complicaciones médicas. En relación con las valoraciones de ansiedad y dolor, en la figura 1 puede observarse que ambas variables tuvieron un incremento en comparación con las valoraciones de procedimientos previos y la colocación de anestesia local.

Al finalizar el procedimiento, S retomó sus actividades de juego con sus compañeros de quimioterapia ambulatoria sin reportar molestias. Se realizó un monitoreo telefónico al día siguiente y tanto S como su madre reportaron que presentó dolor leve (2/10), sin alteraciones de sueño ni apetito.

Tabla 2 Evaluación con Procedure Behavioral Rating Scale

Conductas	Al entrar a la sala	Limpieza de la zona y anestesia local	Procedimiento médico
Llanto	0	0	0
Agarrarse	0	0	0
Dolor	0	1	1
Gritar	0	0	0
Retrasar el procedimiento	0	0	0
Movimientos involuntarios	0	0	0
Rechazo de posición	0	0	0
Restricción física	0	0	0
Rigidez muscular	0	0	1
Soporte emocional	1	1	1
Petición de finalización	0	0	1
TOTAL	1	2	4

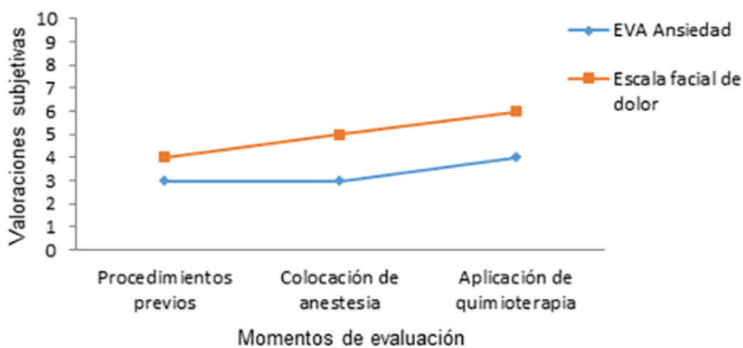


Figura 1. Autoevaluación de ansiedad y dolor.

Una semana después del procedimiento, el médico alergólogo emitió su reporte médico en el que se brindó una opción de medicamento seguro para sedación en quimioterapias posteriores, por lo que no fue necesario repetir el procedimiento bajo estas condiciones.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de técnicas cognitivo conductuales en el control del dolor percibido y los síntomas de ansiedad en una paciente oncopediátrica, al ser sometida a un procedimiento médico invasivo (intratecal) para evitar complicaciones conductuales durante la aplicación del tratamiento.

Algunos estudios apuntan a que la principal causa de dolor en los niños con cáncer es el tratamiento médico (Miser et al., 1987). En este contexto, si se retoma la condición multidimensional del dolor (Mezlack y Casey, 1986), importantes instituciones como el Instituto Nacional del Cáncer han recalcado la importancia del manejo multidisciplinario y han propuesto la inclusión de técnicas psicosociales y cognitivo conductuales que tienen potencial para mejorar directamente el control del dolor e indirectamente incrementan en el paciente la percepción de control sobre la sintomatología.

De manera específica, la psicología ha empleado diversas técnicas cognitivo-conductuales como soporte en el manejo del dolor, ya sea ante procedimientos médicos o ante eventos agudos. Entre dichas técnicas, aquellas encaminadas a la distracción cognitiva como el uso de juegos de realidad virtual (Das et al., 2005; Aminabadi et al., 2012), el empleo de videos, música, caricaturas o libros (Sinha et al., 2006) han jugado un papel central y han mostrado ser eficientes. Se suman las intervenciones basadas en musicoterapia (Dileo, 2006) e hipnosis (Ramírez y Domínguez, 2011), las cuales cuentan con algunos estudios que muestran resultados alentadores. En todas ellas se observa una tendencia a disminuir

la sintomatología de ansiedad o dolor; sin embargo, requieren un tiempo prolongado de preparación del niño o una infraestructura especial que no todos los hospitales tienen.

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, se observó que la intervención cognitivo conductual breve implementada permitió mantener niveles de estrés y ansiedad bajos y un dolor moderado durante el procedimiento. Resalta que estos hallazgos se logran con el empleo de la respiración profunda, la cual se reporta como una técnica con gran efecto de desactivación fisiológica y, junto con el yoga, la de mayor rapidez para sus efectos. En contraste con todas las técnicas de desactivación, la respiración profunda es la de mayor facilidad y rapidez de aprendizaje (Labrador, 2008), lo que la potencializa como ideal para situaciones emergentes como la presentada o cuando se tiene poco tiempo para la preparación del paciente.

Para analizar los mecanismos que permitieron que la intervención funcionara, un aspecto central es retomar el modelo de Melzack y Casey (1986) en relación con la atención al dolor; en esta intervención se fomentó que la atención de la niña se centrara en la técnica de respiración y no en el procedimiento médico y la experiencia del dolor, lo que teóricamente disminuye la percepción de dolor.

Por otro lado, un factor facilitador de la intervención fue retomar experiencias previas de la paciente y brindar información oportuna sobre el procedimiento, con lo que se trabajó el área-cognitiva evaluativa del dolor y se incluyeron elementos de sus antecedentes personales en la parte de la formulación de caso, elemento que se considera indispensable tanto para la comprensión del caso como para el establecimiento de una relación terapéutica colaborativa (Kuyken *et al.*, 2017). Adicional a ello, incorporar sus experiencias y recursos previos puede ayudar a mejorar la autoeficacia percibida para afrontar el procedimiento, debido a que resaltan, junto con la paciente, las estrategias con que ya cuenta; esto permi-

te brindar confianza con el fin de emitir las respuestas esperadas para el mejor control de la situación.

Por otro lado, la psicoeducación y la educación para la salud buscaban que S y su madre estuvieran correctamente informadas sobre el procedimiento y supieran qué podían hacer ante él, sin mentiras o falsas expectativas; se sabe que lo anterior permite al paciente prepararse cognitivamente para el evento y, mediante el uso de la imaginación, repasar escenarios en los que se enfrenta exitosamente al procedimiento. De esta manera, se favoreció nuevamente la autoeficacia de S que, de acuerdo con Harper *et al.* (2013), se asocia con menor ansiedad y estrés durante el procedimiento.

De igual manera, conocer qué pasará y qué podría sentir, sin minimizarlo u ocultarlo a la menor, le permite ser partícipe del tratamiento y del proceso de toma de decisiones, lo cual favorece la relación paciente-personal de salud, un hecho que no sólo ayuda en el presente procedimiento, sino que contribuye a fortalecer la confianza del paciente con futuras necesidades de tratamiento y toma de decisiones. Esto último también fue un factor que ayudó al éxito de la intervención, ya que S y su madre tenían experiencias previas en las que la incorporación de un psicólogo en el proceso de tratamiento había ayudado a un ajuste, lo que ayuda a acortar tiempos en la presente intervención al tener preestablecido cierta relación terapéutica favorable ante el equipo de salud mental.

Finalmente, al tratarse de un estudio de caso, se tienen limitaciones sobre el control de variables extrañas que pudieran interferir con los resultados como las condiciones físicas, las peculiaridades de las experiencias previas de la paciente y el tiempo que se tuvo para la intervención; no obstante, debido a lo inusual del caso, lo anterior nos permite poner a prueba una muestra. Estos resultados coinciden con diversos estudios en los que se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales (Das *et al.*, 2005; Aminabadi *et al.*, 2012; Sinha *et al.*, 2006), lo cual parece marcar una tendencia en la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo no

farmacológico de dolor agudo en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos médicos invasivos.

Referencias

- Aminabadi, N. A., Erfanparast, L., Sohrabi, A., Oskouei, S. G., & Naghili, A. (2012). The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4-6 years-old children: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 6 (4), 117-124. doi:10.5681/joddd.2012.025
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-By-Step Treatment Manual*, Nueva York: The Guilford Press.
- Das, D., Grimmer, K. A., Sparnon, A. L., McRae, S. E. & Thomas, B. H. (2005). The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: A randomized controlled trial. *BioMed Central Pediatrics*, 5 (1), 1-10. doi: 10.1186/147-2431-5-1
- Dileo, C. (2006). Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4 (2), 67-70. doi: 10.2310/7200.2006.002
- Given, B., Given, C. W., McCorkle, R., Kozachik, S., Cimiprich, B., Rahbar, M. H., & Wojcik, C. (2002). Pain and fatigue management: results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 29 (6), 949-958. doi: 10.1188/02.ONF.949-956
- Harper, F., Peterson, A., Uphold, H., Albrecht, T., Taub, J., Orom, H., Phipps, S., & Penner, L. (2013). Longitudinal study on parent caregiving self-efficacy and parent stress reactions with pediatric cancer treatment procedures, *Psyco-oncology*, 22, 1658-1664. doi:10.1002/pon.3199
- Hernández, A., Roldán, M. D., Herrera, L., Villegas, J. D., Álvarez, L. F., Hernández, F., y Martín, L. (2019). Leucemia de manifestación aguda y las nuevas alternativas terapéuticas. *Medicina Interna de México*, 35 (4), 553-563. doi: 10.24245/mim.v35i4.2548

- Hibbs, S. (2022). This is going to hurt: revisiting the patient experience of bone marrow biopsies. *Hemasphere*, 6(4), e710. doi: 10.1097/HS9.0000000000000710
- Hillman, R. S., Ault, K. A. y Rinder, H. M. (2006). *Hematología en la práctica clínica*. México: McGraw Hill.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., y Goode-nough, B. (2001). *The Face Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement*. *Pain*, 93(2), 173-183. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1
- Huang, J., Chai, S. C., Ngai, C. H., Lok, V., Zhang, L., Lucero-Pris-no, DE 3er., Xu, W., Zheng, Z. J., Elcarte, E., Withers, M., y Wong, M. C. S. (2022). Disease burden, risk factors, and trends of leukemia: a global analysis. *Frontiers in Oncology*, 22. 904292. doi: 10.3389/fonc.2022.904292.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2024). Mexico both sexes, 20 years, 2019, prevalent cases. VizHub-GBD Compare (healthdata.org)
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH) (17 de agosto de 2023). *Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda infantil (PDQ) - Versión para pacientes*. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-infantil-pdq#:~:text=La%20quimioterapia%20intratecal%20se%20usa,enc%C3%A9falo%20y%20la%20m%C3%A9dula%20espalal>.
- Katz, E. R., Kellerman J. y Siegel, S. E. (1980). Distress behavior in children with cancer undergoing medical procedures: developmental considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (3), 356-365. doi: 10.1037/022-006X.48.3.356
- Kurita, G. P., Tange, U. B., Farholt, H., Sonne, N. M., Strömgren, A. S., Ankersen, L., Kristensen, L., Bendixen, L., Gronvold, M., Petersen, M. A., Nordly, M., Christrup, L., Niemann, C., y Sjorgen, P. (2013). Pain characteristics and management of inpatients admitted to comprehensive cancer centre: a cross-sectional study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57, 518-525. doi: 10.1111/aas.12068
- Kuyken, W., Padesky, C. A., Dudley, R. (2017). *Conceptualización colaborativa del caso. Trabajar de forma eficaz con los clientes en la terapia cognitivo-conductual*. Desclé de Brouwer.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de control de la activación*. En: F. J. Labrador, *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Lichstein, K. L. (1988). *Clinical Relaxation Strategies*, Nueva York, Wiley.

- Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137, 473-477. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.025
- Malmierca, F., Pellegrini, J., y Malmierca, A. J. (2008). Pediatría Integral. Órgano de expresión de la sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Revista de Educación Integral del Pediatra Extrahospitalario*.
- McGrath, P. J., Hsu, E., Cappelli, M., y Luke, B. (1991). Pain from pediatric cancer: a survey of an outpatient oncology clinic. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8 (2/3), 109-124. doi: 10.1300/J077v08n02_06
- Melzack, R. & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain : A new conceptual model. En D. R. Kenshalo (ed.), *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield, Ill.: CC Thomas.
- Melzack, R. & Dennis, S. (1980). Phycogenetic evolution of pain expression in animals. En H. Kosterlitz y L. Terenins. (eds.), *Pain and Society Alemania: Velaf Chemie*.
- Miser, A., Dothage, J., Wesley, R. y Miser, J. (1987). The prevalence of pain in a pediatric and young adult cancer population. *Pain*, 29, 73-83. doi: 10.1016/0304-3959(87)90180-1
- National Cancer Institute (NCI) (2013). *Información general sobre la leucemia linfoblástica aguda (LLA) infantil*. <http://www.cancer.gov>
- Ramírez, L., y Domínguez, B. (2011). Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico. *Psicología y Salud*, 21(1), 61-71. www.uv.mx/psicysalud/psicysalud.../Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf
- Redondo, P. (2004). Introducción a la educación para la salud. *Caja costarricense de seguro social, Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social y Proyecto fortalecimiento y modernización del sector salud*.
- Rendón, M., Reyes, N., Villasís, M., Serrano, J., Escamilla, A. (2012). Tendencia mundial de la supervivencia en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Revisión de las últimas cuatro décadas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69 (3), 153-163.
- Schechter, N. L., Altman, A., y Weisman, S. (1990). Report of the consensus conference in management of pain in childhood cancer. *American Academy of Pediatrics*, 86, 814-834. <https://catalyst.library.jhu.edu>

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. (2011). *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>

Sinha, M., Chistopher, N., Fenn, R., y Reeves, L. (2006). Evaluation of nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, 117, 1162-1168.

Impacto de estrategias cognitivo-conductuales en pacientes con VIH

Impact of cognitive behavioral strategies in patients with HIV

Lucero Belén Nicasio Guzmán
William Alves de Oliveira*

Resumen

La Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser efectiva en diferentes contextos que involucran la salud mental de las personas; tal es el caso en el padecimiento de la enfermedad del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde la persona se puede ver afectada en sus emociones a partir de la desregulación emocional o de conductas disfuncionales. Se trata de un estudio de caso clínico que tuvo por objetivo intervenir con estrategias cognitivas y conductuales en un paciente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy has proven to be effective in different contexts that involve people's mental health; Such is the case in suffering from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) disease, where the person can be affected in their emotions from emotional dysregulation and/or dysfunctional behaviors. This is a clinical case study that aimed to intervene with cognitive and behavioral strategies in a patient from the Ismael Cosío Villegas National Institute of Respiratory Diseases (INER) in Mexico City, with HIV and depressive and

* UIC. Contacto: wiliam.oliveira@universidad-uic.edu.mx

“Ismael Cosío Villegas” (INER) en la Ciudad de México, con VIH y síntomas depresivos y ansiosos durante la pandemia de la covid-19, a partir de una propuesta de acompañamiento de cuatro sesiones. Los resultados se corroboran con la eficacia de este tipo de terapia en la disminución de sintomatologías de ansiedad y depresión.

PALABRAS CLAVE

Terapia cognitivo conductual, VIH, depresión y ansiedad.

anxious symptoms during the coronavirus pandemic. Covid-19, based on a four-session follow-up proposal. The results corroborate the efficacy of this type of therapy in reducing symptoms of anxiety and depression.

KEYWORDS

Cognitive Behavioral Therapy, HIV, Depression and Anxiety.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca a los linfocitos CD4 del sistema inmunitario; esto puede provocar que la persona afectada sea susceptible a adquirir diversas infecciones, cánceres y otras enfermedades, ya que el sistema inmune es capaz de protegerlo. La etapa más avanzada de la enfermedad se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en la que se vuelve probable contraer infecciones oportunistas o algún tipo de cáncer, así como sufrir manifestaciones clínicas graves (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Por otro lado, se presenta el suicidio como consecuencia de diversos factores, entre ellos el estrés crónico, el aislamiento social, la violencia y la resistencia a tratarse, todo lo cual complica el inicio y cumplimiento del tratamiento. Las familias y cuidadores de los pacientes también pueden tener afectaciones en su salud mental como ansiedad y depresión (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

De acuerdo con el informe especial de vigilancia del VIH de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2020: 20) se estima que 40% de los pacientes con VIH presenta un trastorno psiquiátrico, y que 18% es depresión y 22% ansiedad.

También se ha informado el trastorno por uso de sustancias, el cual impide la adherencia al tratamiento y la medicación de los pacientes con VIH (López *et al.*, 2018).

Uno de los diagnósticos más comunes en pacientes con VIH es el Trastorno Depresivo Mayor, que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5) es descrito como la combinación de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, disminución o incremento de peso, alteración en los patrones de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes. Este padecimiento provoca disfuncionalidad en el área física, social y personal en el paciente (American Psychiatric Association, 2014).

Otro trastorno con alta prevalencia en pacientes con VIH es la Ansiedad Generalizada, que se caracteriza por la presencia de sentimientos constantes de preocupación o ansiedad, sensación de que algo malo va a suceder, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, problemas de sueño y sensación de gran nerviosismo. Ambos trastornos pueden interferir en el entorno social, familiar, laboral y escolar (American Psychological Association, 2016).

Cooley *et al.* (2021) reportan que la pandemia de SARS-CoV-2 ha tenido un efecto importante en el bienestar de las personas; sin embargo, estas consecuencias pueden aumentar en la población con VIH. El acceso a su servicio médico disminuyó de manera considerable y los niveles de estrés aumentaron en el área económica. Además, se encontraron síntomas significativamente más depresivos y ansiosos, y sentimientos de soledad. También hubo un incremento de 3.8% en el consumo de alcohol, de 2.7% en el tabaco y de 3.0% en la marihuana.

En un estudio realizado en una clínica de enfermedades infecciosas en Estados Unidos, compuesto por una muestra de 648 pacientes, se encontró que, de éstos, 81.3% (n = 509) presentó sintomatología depresiva, 53.5% (n = 335) sintomatología ansiosa y 13% (81) ideación suicida. Los factores que se asocian a la ideación suicida son síntomas de ansiedad moderada a severa y de depresión moderada a severa, y carga viral no suprimida (López *et al.*, 2018).

En México, de acuerdo con el Boletín de Atención Integral de Personas con VIH del Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y SIDA (2020), se registró un total de 15 610 casos nuevos en la Secretaría de Salud, de los cuales 79.03% (n = 12,337) corresponde a hombres y 20.97% (n = 3,273) a mujeres. En ambos sexos, el grupo de edad que tuvo más casos fue de 15 a 29 años.

El VIH afecta las dimensiones física, social y psicológica de quien lo contrae. Se habla de afectaciones en el área psicológica, porque se manifiestan cambios en el estado de ánimo, así como a nivel de pensamiento y conducta. Es frecuente que una persona, al recibir el diagnóstico de VIH, desarrolle síntomas de depresión o ansiedad, debido a la desinformación, los mitos y prejuicios que existen en torno a la enfermedad, lo cual genera un impacto negativamente significativo en la vida de la persona y, si no se atiende adecuadamente, se pueden exacerbar las sintomatologías previamente mencionadas y un deterioro en la calidad de vida (Canales *et al.*, 2019).

La terapia cognitivo conductual brinda diferentes estrategias para reducir los niveles de ansiedad y depresión, como reestructuración cognitiva, relajación muscular, autorrevelación de la enfermedad, aprendizaje de medidas para el sexo seguro y el establecimiento de una red de apoyo. También ayuda al desarrollo de habilidades para la toma de medicamentos, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes (Bestard *et al.*, 2018).

Este tipo de terapia, TCC, favorece la adherencia al tratamiento antirretroviral, reduce el estigma y la discriminación, beneficia los

estilos de afrontamiento adaptativos y disminuye las conductas de riesgo. Las intervenciones conductuales y cognitivo conductuales han sido las intervenciones psicológicas con mayor efectividad en la disminución de estas dificultades (Caballero y Gálvez, 2019).

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se comprobó la efectividad de una intervención cognitivo conductual en el entrenamiento de adherencia a la medicación antirretroviral y para la reducción de sintomatología depresiva. Las estrategias utilizadas fueron activación conductual, solución de problemas, respiración diafragmática y relajación muscular (Valle *et al.*, 2019).

Identificación del paciente y motivo de consulta

Paciente masculino de 35 años, con escolaridad secundaria. Su lugar de origen es la Ciudad de México, México. Actualmente reside en el Estado de México; es soltero y no tiene hijos. En su expediente está registrado como discapacitado; sin embargo, trabaja como masajista. Por motivos de confidencialidad, el paciente será identificado como N.

N fue diagnosticado con VIH en 2011; a causa de esta enfermedad, tuvo citomegalovirus en 2013, lo que le provocó desprendimiento de retina y que su capacidad visual se viera comprometida. En 2014, fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) en la Ciudad de México; desde entonces, es atendido en el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (Cieni) del mismo. N lleva tratamiento antirretroviral con Duronavir/Cobicustat-Prezcobix, Dolutegravir-Tivicay, y presenta adherencia al tratamiento.

Historia del problema

Durante la consulta por telemedicina con el médico tratante (infectólogo), para revisar sus resultados de conteo de células CD4 y car-

ga viral, N refirió síntomas de ansiedad, por lo que fue canalizado al área de salud mental.

N preguntó a su médico si podía tomar valeriana y pasiflora (extractos de plantas medicinales) para sentirse mejor; también deseaba saber si estos medicamentos naturales podían interferir con el tratamiento antirretroviral (TAR) que estaba llevando. Así que el médico lo refirió a psicología para que se le brindara el tratamiento necesario.

El detonante del malestar emocional del paciente fue el hecho de que muchas personas conocidas se habían enfermado y fallecido por covid-19. La duración de este malestar fue de mes y medio. Otros problemas que N refirió en este tiempo de malestar se relacionaban con el sueño, el apetito, desesperanza y miedo a que pase lo peor. También aumentó su consumo de tabaco.

Su estado de ánimo comenzó a afectar su adherencia al TAR; sin embargo, podía percibir que, cuando aumentaba su ansiedad, llegaba a olvidar la toma del medicamento. Debido a los resultados arrojados por las evaluaciones en depresión y ansiedad, N debía ir a valoración psiquiátrica, pero no aceptó; refirió que prefería “tomar cosas naturales”, porque en una experiencia previa en psiquiatría no vio adherencia al tratamiento y piensa que tomar medicación “podría afectar su memoria”.

Para un manejo puntual de la sintomatología, se le enseñaron técnicas de relajación, ajustándolas a su debilidad visual. También se revisaron otras estrategias de regulación emocional. El plan de tratamiento singular (PTS) que se estableció fue realizar un seguimiento semanal y se acordó que, si no había mejoría en dos semanas, se referiría también a valoración psiquiátrica.

Evaluación psicológica

La primera estrategia de evaluación utilizada con N fue la entrevista para conocer más de cerca sus antecedentes y el malestar emocional que refería.

Las variables dependientes que se evaluaron fueron los síntomas de ansiedad, depresión y el consumo de sustancias, las cuales se midieron con los siguientes instrumentos:

- Depresión a través del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), utilizado para evaluar la presencia de síntomas depresivos durante las dos semanas previas a la aplicación. Se compone de 9 ítems y se califica con una escala Likert que va de 0 (nunca) a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días); el puntaje va de 0 a 27 puntos (Ferreira, Sousa y Salgado, 2019).
- Ansiedad evaluada con el instrumento Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) compuesto por 7 ítems basados en los criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Se mide a partir de las dos semanas anteriores a la aplicación y la frecuencia en que el paciente ha tenido algunos de los síntomas presentados. Se evalúa con una escala Likert de 4 puntos, desde “nada” a “casi todos los días” (Sousa *et al.*, 2015).
- Consumo de sustancias a través del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), que detecta el consumo de alcohol, tabaco y sustancias desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasifica a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia: bajo, moderado o alto. Además, brinda información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Mayor (DSM5).

Formulación clínica del caso

Es un paciente de 35 años con quien se trabajó en línea por llamada telefónica, debido a la pandemia por covid-19. En las sesiones, N se mostró consciente y alerta de su entorno y orientado en tiempo, lugar y persona. La memoria, atención y concentración se conservan sin dificultades; además, evidencia lo siguiente: pensamiento abstracto y sin fallas en el juicio; estado de ánimo depresivo y ansioso; lenguaje lógico y adecuado, tendencia a lentitud. Sin embargo, su volumen es apropiado. Tiene noción de la enfermedad que padece y lleva a cabo medidas de autocuidado en cuanto a la enfermedad de VIH y a las medidas sanitarias por la covid-19.

El paciente refirió miedo a contagiarse de covid-19 dado lo que se observa a su alrededor con sus conocidos, así como otras alteraciones en su patrón de sueño y en su alimentación. Asimismo, se observó a N predispuesto a recibir tratamiento psiquiátrico por una experiencia previa en la que refiere que no le funcionó. A pesar de esta situación, tiene una actitud cooperadora y accesible con el tratamiento psicológico.

En la evaluación de depresión con el PHQ-9, obtuvo una puntuación de 16 (nivel moderado severo). En ansiedad con el GAD-7, tuvo una puntuación de 16 (nivel severo). Por último, en consumo de sustancias con el ASSIST, presentó un riesgo alto en tabaco; en alcohol, marihuana y cocaína, tuvo un riesgo bajo.

Hipótesis

Al trabajar las técnicas de respiración, relajación, reestructuración cognitiva y estrategias de autocuidado con el paciente, se observará una remisión total o parcial de los síntomas depresivos y ansiosos.

Tratamiento

Se trabajó con el paciente una intervención cognitivo-conductual de 4 sesiones, en la que se emplearon las siguientes técnicas:

- **Respiración profunda:** involucra una inspiración profunda, continúa con un periodo de retención de 5 a 10 segundos y termina con una exhalación lenta. Esta técnica ayudará a que el paciente logre un estado de relajación después de un momento de alta respuesta emocional (Labrador, 2008).
- **Reestructuración cognitiva:** su objetivo es identificar y modificar las cogniciones desajustadas que presenta el paciente, explicando el impacto negativo que tiene sobre su conducta y sus emociones, de modo que el paciente evalúe la funcionalidad y veracidad del pensamiento que se le presente y empiece a modificarlo por uno más funcional (Calero *et al.*, 2011).
- **Estrategias de autocuidado:** es la práctica de actividades desarrolladas por el paciente para mantener su salud y elevar su expectativa de vida, desarrollo personal y bienestar, y así llevar un estilo de vida sano (Ayes, Ruiz y Estévez, 2020).
- **Psicoeducación:** es una herramienta de intervención eficaz para mejorar la calidad de vida del paciente y ayuda a la prevención de recaída, en la que se ofrece información sobre la enfermedad del paciente, su tratamiento y pronóstico (Godoy *et al.*, 2020).
- **Prevención de recaídas:** enseñar al paciente que las técnicas y herramientas aprendidas durante terapia serán de ayuda

para toda su vida y podrá utilizarlas para manejar las dificultades que se le presenten en el futuro, debido a que estará mejor preparado para afrontarlas con éxito (Beck, 2015).

Objetivos

General

- Evaluar el efecto de una intervención cognitiva conductual en un paciente depresivo ansioso con enfermedad de VIH.

Particulares

- Disminuir los síntomas de depresión.
- Disminuir los síntomas de ansiedad.

Procedimiento

La intervención se compuso de cuatro sesiones, una por semana. La duración de las sesiones fue de 30 a 40 minutos.

- **Primera sesión:** Se realizó un acercamiento con el paciente; se le entrevistó para conocer el motivo de consulta y se aplicaron pruebas psicológicas para conocer los niveles de las sintomatologías que refería. Se empezó a trabajar la técnica de respiración profunda y reestructuración cognitiva.
- **Segunda sesión:** Se trabajó con el paciente la técnica de respiración profunda para disminuir los niveles de tensión y ansiedad, así como reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos catastróficos. También se proporcionaron estrategias de autocuidado, como mantener un estilo de vida saludable.
- **Tercera sesión:** Se corroboró que N siguiera practicando los ejercicios de respiración profunda y las técnicas de reestructuración cognitiva, una vez que se le explicó la importancia de trabajarlas juntas. Se le enseñó la importancia de validar las emociones y cómo sustituir los pensamientos ca-

tastróficos por unos más funcionales. Además, se enfatizó la importancia de llevar a la práctica lo visto en consulta. Por último, se comenzó a trabajar la prevención de recaída, señalando lo que podría desencadenar una y lo que se puede llevar a cabo ante ella.

- Cuarta sesión: Se continuó con reestructuración cognitiva, las estrategias de autocuidado y se terminó con prevención de recaída y el plan de acción ante una. Se realizó la aplicación de pruebas post test de ansiedad y depresión y se dio cierre al tratamiento.

Datos clínicos relevantes

El paciente tuvo una adherencia de 100% al tratamiento, pues realizó todos los ejercicios que se le enseñaban en sesión y los que se le dejaban de tarea para practicarlos durante la semana. Conforme pasó el tiempo, el paciente notaba los cambios esperados y, en la evaluación final, éstos se comprobaron con los resultados que obtuvo en los instrumentos.

Los síntomas de ansiedad y depresión del paciente se exacerbaban a partir de la pandemia, debido a que empezó a experimentar temor a enfermarse, por los contagios y fallecimientos que estaban sucediendo en su entorno.

En un principio, N se inclinaba a tomar gotas de valeriana por las noches para conciliar el sueño y hacer aromaterapia para sentirse mejor; sin embargo, fue comprendiendo que las estrategias para lograrlo serían las que se le estaban enseñando en el tratamiento psicológico, de manera que se mostró comprometido y participativo en cada sesión.

Hubo un evento hacia el final del tratamiento donde N se vio expuesto a altos niveles de ansiedad porque, como parte de su trabajo, le dio un masaje a una persona de la tercera edad que salió positiva a covid-19. No obstante, dicho malestar fue disminuyen-

do conforme pasaron los días y con la aplicación de las estrategias aprendidas en sesión; además, habló con una doctora quien le explicó que las probabilidades de contagio eran bajas, pues N seguía las medidas sanitarias necesarias para evitarlo.

Se logró una adecuada relación terapéutica entre terapeuta y paciente, lo cual favoreció la adherencia y la disposición del paciente al tratamiento.

Resultados

- Primera sesión: se logró una adecuada relación de trabajo con N, pues mostró disposición a la intervención psicológica que se iniciaría con él; además, estuvo atento y cooperador en la sesión.
- Segunda sesión: se logró que el paciente practicara los ejercicios de respiración, con un consecuente decremento en la ansiedad; se sentía más tranquilo. También iba bien con la toma del tratamiento antirretroviral. El número de cigarros que fumaba al día disminuyó.
- Tercera sesión: el paciente refiere sentirse mejor en comparación con las semanas anteriores; han disminuido los episodios de ansiedad y el estado de ánimo triste ha menguado. Continúa tomando correctamente el tratamiento antirretroviral. Habla sobre cómo ha incorporado los ejercicios de respiración a su rutina diaria, al igual que la técnica de reestructuración cognitiva; presta atención a sus pensamientos.
- Cuarta sesión: ante una situación que detonó síntomas de ansiedad, N realizó las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento, lo cual le ayudó a sentirse mejor y a no presentar el malestar que refería en un principio.

Al finalizar el tratamiento, se le aplicó una última evaluación con los mismos instrumentos psicométricos empleados en el inicio

para ver si las sintomatologías sobresalientes se habían modificado. En la evaluación de depresión con el PHQ-9, obtuvo una puntuación de 4, lo cual es un nivel mínimo. En la ansiedad con el GAD-7, tuvo una puntuación de 6, un nivel leve. No se realizó evaluación del consumo de sustancias con el instrumento ASSIST; sin embargo, el equipo de tratamiento observó que sí hubo un decremento en el consumo de tabaco del paciente. Al comprobar que hubo una reducción en las sintomatologías del paciente, no se canalizó al departamento de psiquiatría. Sin embargo, la atención psicológica quedó abierta por si el paciente la necesitaba, así como el seguimiento del tratamiento.

Consideraciones

En este estudio se encontró que un paciente con VIH y sintomatología ansiosa depresiva detonada a causa de la situación por coronavirus logró disminuir estos síntomas con un tratamiento psicológico bajo el enfoque cognitivo conductual.

La pandemia por SARS-CoV-2 afectó de manera significativa la vida de las personas por la cuarentena y el aislamiento que se implementaron para evitar contagios. Este estudio se propuso hablar sobre un grupo específico, que se vio vulnerable durante esta epidemia: las personas con VIH.

En una investigación, se observó el efecto significativo de la pandemia en esta población, en la cual se reportaron niveles elevados de sintomatología depresiva y ansiosa, así como un aumento en el uso de tabaco (Cooley et al., 2021), mismos síntomas que se encontraron en el caso del paciente de este estudio.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento que ayuda a los pacientes a desarrollar adherencia terapéutica y aprender a enfrentarse y manejar adecuadamente las situaciones estresantes a las que se enfrentan.

La efectividad de este tipo de psicoterapia se corrobora en los resultados de dos estudios donde se emplea este tratamiento (Adina *et al.*, 2017; Valle-Soto *et al.*, 2019)

Referencias

- American Psychological Association (1 de octubre de 2016). *Beyond worry: How psychologists help with anxiety disorders*. <https://www.apa.org/topics/anxiety/disorders>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Panamericana.
- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M., & Disiye, M. A. (2017). Effect of cognitive behaviour therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17 (2), 161-173. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56051353002.pdf>
- Ayes, C. C. B., Ruiz, A. L., & Estévez, G. A. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20 (2), 119-138. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200/101>
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (Vol. 141626). Editorial Gedisa.
- Bestard, C. M., Marsillí, M. I., Muñoz, N. D. L. M. L., & Sardina, J. A. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97 (3), 660-670. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n3/1028-9933-ric-97-03-660.pdf>
- Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1 (2), 1. <https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/1510/1/Brief%20assessment%20of%20depression.pdf>
- Caballero, N y Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Manual Moderno. <https://www.mindy.el/wp-content/uploads/2021/07/Manual-de-intervenciones-cognitivo-conductuales-aplicadas-a-enfermedades-crónicas.pdf>

- Calero, A., Froján, M., Ruiz, E., y Vargas, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 133-150. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631003.pdf>
- Canales, M., Hernández, A., González, S., Monroy, A., Velázquez, A., y Bautista, M. (2019). Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8 (15), 80-91. <https://repositorio.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4829/6879>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2021). *Boletín de atención integral de personas que viven con VIH, México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626488/Bolet_n_de_Atenci_n_Integral_de_Personas_con_VIH__Censida.pdf
- Cooley, S. A., Nelson, B., Doyle, J., Rosenow, A., y Ances, B. M. (2021). Collateral damage: impact of SARS-CoV-2 pandemic in people living with HIV. *Journal of NeuroVirology*, 27 (1), 168-170. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00928-y>
- Ferreira, T., Sousa, M. y Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2).
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>
- Labrador, F. (2008). Técnicas de Modificación de Conducta. Pirámide. http://www.conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf
- López, J. D., Shacham, E., y Brown, T. (2018). Suicidal ideation persists among individuals engaged in HIV care in the era of antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*, 22(3), 800-805. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1666-5>
- Organización Mundial de la Salud (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) – Manual para uso en la atención primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (30 de noviembre de 2020). *VIH/sida*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud mental y VIH*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14833:mental-health-and-hiv&Itemid=40682&lang=es
- Sousa, T., Viveiros, V., Chai, M., Vicente, F., Jesus, G., Carnot, M., Gordo, A. C. y Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13 (1), 1-8. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Valle-Soto, H., Robles-Montijo, S., Wiebe, J. S., & Sánchez-Sosa, J. J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, 29 (1), 139-153. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2575/4470>