

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

29

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

"REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL"

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA PROFESIONAL
P R E S E N T A :
LETICIA VERA LOPEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

COMITE TUTORIAL: TITULARES:

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

SUPLENTE: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MARZO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A Andrea, con todo mi amor,
por enriquecer mi vida
con su bendita presencia.**

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
SALUD-ENFERMEDAD Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO	3
MEDICINA CONDUCTUAL	6
PRACTICA HOSPITALARIA	
EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	10
ANTECEDENTES CONCEPTUALES	11
ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS	14
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	17
EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	18
ANTECEDENTES CONCEPTUALES	18
ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS	24
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	28
COMENTARIOS FINALES	29
REFERENCIAS	32
ANEXOS	

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE RESIDENCIA

INTRODUCCION

El ser humano necesita de algo más que la satisfacción de sus necesidades materiales para alcanzar su pleno bienestar, por tanto, la promoción conservación y reestablecimiento de la salud se convierte en una de las más altas prioridades en la escala de satisfacción de las necesidades. Pocos consideran que el alcance de éstos objetivos pueda llevarse a cabo desde posiciones reduccionistas o sólo biologicistas. En México el programa de atención a la salud está diseñado para abordar al paciente como un enfermo y por tanto el objetivo es “curar” , dejando de lado la influencia de factores comportamentales y medioambientales tales como la adherencia a los tratamientos, a las dietas, los hábitos higiénicos, los modos de afrontamiento a la enfermedad y los estilos de vida en general que en muchas ocasiones determinan la evolución de una enfermedad crónica. En éste punto es donde los profesionales de la conducta nos interesamos, en los escenarios de salud. El campo de la psicología se ha constituido en los últimos años en una opción importante y obligada dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud. Los factores psicosociales y de comportamiento han ido ganando protagonismo a tres niveles: a) en la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas, b) en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas y c) en la prevención de la enfermedad así como en la promoción de conductas saludables.

Las relaciones entre la psicología y la medicina han evolucionado hasta un punto en el que la interdisciplinariedad no es solamente deseable sino necesaria. Las enfermedades crónicas no transmisibles y otros fenómenos propios de los cuadros de morbimortalidad que ya se encuentran, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, no pueden ser resueltos de forma esencial con el perfeccionamiento tecnológico de la medicina, y por mucho se insiste en que el análisis de éstos problemas nos lleva a recordar las palabras de Jonathan Mann: “Tenemos que aceptar que el comportamiento humano resulta más complejo que cualquier virus”. Más recientemente, Morrow y Belig (1994) enfatizan en la necesidad

de que los aspectos psicológicos estén presentes en todos los pasos de los programas de salud para el control del cáncer.

A la psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios más eficaces de promoción de la salud, en la adopción de conductas preventivas de enfermedades que pueden ser evitadas y en el mejoramiento y empleo adecuado de los servicios de salud para la optimización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad crónica (Grau,1998).

Por todo lo anterior, es necesario formar psicólogos expertos en el manejo de los aspectos emocionales y comportamentales de las enfermedades crónicas, capaces de intervenir para el mejoramiento de la calidad de vida de quienes las padecen. Es así como surge en la UNAM a través de la Facultad de Psicología el programa de Maestría en Medicina conductual, el cual funciona en conjunto con ciertos hospitales de segundo y tercer nivel de la secretaría de salud tales como el INER y el Hospital Juárez de México, entre otros, en donde se lleva a cabo la practica hospitalaria.

El objetivo de éste programa es formar psicólogos expertos en medicina conductual con un enfoque cognitivo-conductual capaces de integrarse a un quipo multidisciplinario para detectar, evaluar y solucionar problemas de pacientes crónicos mediante la aplicación de técnicas, métodos y procedimientos derivados de la medicina conductual y del análisis experimental de la conducta.

En éste informe se reporta la experiencia adquirida en dos importantes escenarios de la secretaría de salud, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), específicamente en el servicio de psiquiatría y en el Hospital Juárez de México, en el servicio de trasplante renal.

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE RESIDENCIA

INTRODUCCION

El ser humano necesita de algo más que la satisfacción de sus necesidades materiales para alcanzar su pleno bienestar, por tanto, la promoción conservación y reestablecimiento de la salud se convierte en una de las más altas prioridades en la escala de satisfacción de las necesidades. Pocos consideran que el alcance de éstos objetivos pueda llevarse a cabo desde posiciones reduccionistas o sólo biologicistas. En México el programa de atención a la salud está diseñado para abordar al paciente como un enfermo y por tanto el objetivo es “curar” , dejando de lado la influencia de factores comportamentales y medioambientales tales como la adherencia a los tratamientos, a las dietas, los hábitos higiénicos, los modos de afrontamiento a la enfermedad y los estilos de vida en general que en muchas ocasiones determinan la evolución de una enfermedad crónica. En éste punto es donde los profesionales de la conducta nos interesamos, en los escenarios de salud. El campo de la psicología se ha constituido en los últimos años en una opción importante y obligada dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud. Los factores psicosociales y de comportamiento han ido ganando protagonismo a tres niveles: a) en la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas, b) en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas y c) en la prevención de la enfermedad así como en la promoción de conductas saludables.

Las relaciones entre la psicología y la medicina han evolucionado hasta un punto en el que la interdisciplinariedad no es solamente deseable sino necesaria. Las enfermedades crónicas no transmisibles y otros fenómenos propios de los cuadros de morbimortalidad que ya se encuentran, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, no pueden ser resueltos de forma esencial con el perfeccionamiento tecnológico de la medicina, y por mucho se insiste en que el análisis de éstos problemas nos lleva a recordar las palabras de Jonathan Mann: “Tenemos que aceptar que el comportamiento humano resulta más complejo que cualquier virus”. Más recientemente, Morrow y Belig (1994) enfatizan en la necesidad

de que los aspectos psicológicos estén presentes en todos los pasos de los programas de salud para el control del cáncer.

A la psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios más eficaces de promoción de la salud, en la adopción de conductas preventivas de enfermedades que pueden ser evitadas y en el mejoramiento y empleo adecuado de los servicios de salud para la optimización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad crónica (Grau,1998).

Por todo lo anterior, es necesario formar psicólogos expertos en el manejo de los aspectos emocionales y comportamentales de las enfermedades crónicas, capaces de intervenir para el mejoramiento de la calidad de vida de quienes las padecen. Es así como surge en la UNAM a través de la Facultad de Psicología el programa de Maestría en Medicina conductual, el cual funciona en conjunto con ciertos hospitales de segundo y tercer nivel de la secretaría de salud tales como el INER y el Hospital Juárez de México, entre otros, en donde se lleva a cabo la practica hospitalaria.

El objetivo de éste programa es formar psicólogos expertos en medicina conductual con un enfoque cognitivo-conductual capaces de integrarse a un quipo multidisciplinario para detectar, evaluar y solucionar problemas de pacientes crónicos mediante la aplicación de técnicas, métodos y procedimientos derivados de la medicina conductual y del análisis experimental de la conducta.

En éste informe se reporta la experiencia adquirida en dos importantes escenarios de la secretaría de salud, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), específicamente en el servicio de psiquiatría y en el Hospital Juárez de México, en el servicio de trasplante renal.

SALUD-ENFERMEDAD Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO

La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no solo la ausencia de enfermedad, en cualquier grado o de invalidez. Considerar la salud sólo como un estado biológico y social estático no es realista; la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de adaptación. Por lo tanto, la salud no sólo es la ausencia de enfermedad y viceversa; entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en éstas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Pero no sucede lo mismo con la enfermedad latente no percibida.

Salud-enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son el resultado del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto un individuo "sano" es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, excepto la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida. Por otro lado, el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y de las ideas de cada época.

Hipócrates en sus escritos ya mencionaba más de una vez la influencia del cuerpo sobre la parte anímica y la del alma sobre el cuerpo, dedicando en ellos una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de enfermedad.

Galeno estimaba que el 60 % de sus pacientes tenían síntomas de origen emocional más que físico. Cifra similar a la estimación contemporánea de un 60-80% (Shapiro, 1978, citado por De la torre, 1994).

En opinión de Henry los trastornos orgánicos que conducen finalmente a un estado de enfermedad crónica se deben a desequilibrios de la actividad nerviosa u hormonal. En una palabra, se trata de trastornos "neuroendócrinos". Nuestra reacción emocional a sucesos perturbadores y a los cambios fisiológicos que esas emociones acarrearán es lo que finalmente se traduce en enfermedad crónica (Wood,1982).

En el libro de Birk (1973) quedó claro que los conceptos comportamentales acerca del tratamiento de la enfermedad tenían que considerar los conocimientos acumulados en fisiología y medicina acerca de la patogénesis y la patofisiología de las diferentes enfermedades. Por ejemplo, entender las conexiones existentes entre los procesos comportamentales y las vías neurales y endócrinas de una enfermedad particular permiten un enfoque más racional para la selección de tratamientos y para decir cuáles son los pacientes que más probablemente responden a dichos tratamientos.

Dada la naturaleza de los problemas clínicos en la medicina comportamental, parece particularmente importante prestar atención a los complejos mecanismos bioquímicos y fisiológicos que se afectan por el comportamiento o que contribuyen a las pautas de conducta desadaptativa. En conclusión, un marco de referencia bioconductual en la medicina comportamental es un reto debido al amplio rango de procesos conductuales, sociales, fisiológicos y patofisiológicos que entran en juego. En parte, esto quiere decir que los científicos del comportamiento necesitan aprender más fisiología y medicina, y que los médicos necesitan saber más de las ciencias del comportamiento (Shapiro,1988).

Para Lambert, toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana (San Martín,1984). Considerando lo anterior, podemos decir que la salud de cada individuo depende en gran medida del contexto social y cultural en el que vive. Si queremos elevar el nivel de salud de la comunidad, debemos, esforzarnos por mejorar ese medio sociocultural. Así, los diversos investigadores muestran cómo el contexto social y el estilo de vida tienen una enorme importancia como factores determinantes de nuestra susceptibilidad a las enfermedades crónicas.

Tradicionalmente, los médicos han tenido la exclusividad en éste campo, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente a las agresiones como las infecciones o los accidentes, utilizando la cirugía y la farmacología como sus principales armas para tal objetivo. Es así, como el modelo biomédico ha surgido como predominante en la medicina occidental, el cual considera la aplicación del enfoque analítico de factores biomédicos que han generado un cuerpo de conocimientos, prácticas científicas y técnicas muy avanzadas, sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, se le considera como algo que hay que desarrollar y no como algo a conservar. Tanto la cirugía como la farmacología, son métodos ineficaces para encarar totalmente tal reto, de ahí la necesidad de instrumentar intervenciones de tipo preventivo que conlleven a una nueva concepción de salud (De la Fuente, 1996).

Los servicios de salud han mantenido un modelo profesional de atención individualizada predominantemente curativa y hospitalaria. Los recursos destinados al sector salud así como la investigación, se han dirigido a atender y a estudiar individuos enfermos, sin considerar factores condicionantes que hacen que ciertos grupos mantengan estable su estado de salud. Esto evidencia la necesidad de cambiar de estrategia estudiando también a individuos sanos y considerando influencias medio-ambientales, la conducta y las actitudes como generadores de enfermedad, no sólo de enfermedad mental sino biológica. Para entender más claramente esto, es preciso agregar un nuevo término, el de factor de riesgo o indicador de riesgo. Estos términos abarcan conductas personales en los estilos de vida, como el fumar, comer demasiado, no buscar tratamiento para la hipertensión arterial etc. Motivo por el cual los investigadores de la salud han modificado su interés sobre el papel de los patógenos microbianos a su interés actual en los patógenos conductuales, ya que éstos son los precursores etiológicos de las enfermedades invalidez y muerte. El interés en conductas buenas o saludables, las que recientemente se llaman inmunógenos conductuales, está también incrementando (Matarazzo, 1982, 1984).

En una reunión del sector salud de México y la OMS se señalaba que se pueden identificar cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: La herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es la calidad y la cantidad de su alimentación,

incluso desde antes de nacer; tercero el acceso de servicios de salud de alta calidad y cuarto, el comportamiento humano (Soberón,1988,citado por Sánchez, 1998) . En efecto, el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida, lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del especialista. Un quinto pilar, añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente, y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es justamente, la calidad del ambiente que nos rodea (Mercado,1992., citada por Sánchez, 1998).

Hay varias formas de concebir éstos factores de riesgo, una de las que más facilita la tarea de quien hace epidemiología analítica desde la psicología es el tipificarlos de modo que se puedan detectar relaciones que después servirán para diseñar intervenciones, desde las preventivas, las de recuperación, las de límite de daño y aún las de rehabilitación (Sánchez, 1998).

MEDICINA CONDUCTUAL

Una forma de conceptualizar el desarrollo de la medicina conductual es considerar que representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas conectadas previamente (Agras,1982), entre éstas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales y las ciencias biomédicas y las especialidades médicas. Un aspecto crucial es el camino emergido desde la investigación básica hacia la ampliación clínica. Desde el punto de vista de la medicina, un aspecto importante de éste desarrollo es el resurgimiento del interés en cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el desarrollo de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad. Nos situamos así en la bien conocida y compleja área de la vieja tradición psicosomática dentro de la medicina que nunca cumple sus promesas debido principalmente a una falta de estrategias efectivas de investigación e intervención (Buela y Caballo,1991).

En la reunión de Yale, Schwartz y Weiss (1978), definieron a la medicina conductual como el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, conocimientos y técnicas relevantes a la salud y enfermedad y a la aplicación de éstos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud.

incluso desde antes de nacer; tercero el acceso de servicios de salud de alta calidad y cuarto, el comportamiento humano (Soberón,1988,citado por Sánchez, 1998) . En efecto, el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida, lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del especialista. Un quinto pilar, añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente, y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es justamente, la calidad del ambiente que nos rodea (Mercado,1992., citada por Sánchez, 1998).

Hay varias formas de concebir éstos factores de riesgo, una de las que más facilita la tarea de quien hace epidemiología analítica desde la psicología es el tipificarlos de modo que se puedan detectar relaciones que después servirán para diseñar intervenciones, desde las preventivas, las de recuperación, las de límite de daño y aún las de rehabilitación (Sánchez, 1998).

MEDICINA CONDUCTUAL

Una forma de conceptualizar el desarrollo de la medicina conductual es considerar que representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas conectadas previamente (Agras,1982), entre éstas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales y las ciencias biomédicas y las especialidades médicas. Un aspecto crucial es el camino emergido desde la investigación básica hacia la ampliación clínica. Desde el punto de vista de la medicina, un aspecto importante de éste desarrollo es el resurgimiento del interés en cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el desarrollo de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad. Nos situamos así en la bien conocida y compleja área de la vieja tradición psicosomática dentro de la medicina que nunca cumple sus promesas debido principalmente a una falta de estrategias efectivas de investigación e intervención (Buela y Caballo,1991).

En la reunión de Yale, Schwartz y Weiss (1978), definieron a la medicina conductual como el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, conocimientos y técnicas relevantes a la salud y enfermedad y a la aplicación de éstos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud.

La terapia conductual que surge formalmente alrededor de los años 60 de los principios del aprendizaje, se define como la aplicación de principios derivados del Análisis Experimental de la Conducta, para provocar cambios de conducta en situaciones aplicadas, se refiere al tratamiento de problemas tradicionales como neurosis problemas afectivos, problemas de habilidades sociales, etc. es decir, estamos hablando del terapeuta conductual cuya fuerza radica en la metodología del científico, en el énfasis de lo observable, en la claridad operacional, en el establecimiento de descripciones medibles, generadas de algunas teorías del aprendizaje y del eventual delineamiento de relaciones funcionales entre la conducta y las variables que la controlan. Incluimos bajo el rótulo de terapia conductual una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente sobre aprendizaje para tratar la conducta humana de desadaptación o bien podríamos decir también que la terapia conductual consiste en la utilización de un conjunto muy variado de procedimientos clínicos cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica.

El punto principal consiste en que la terapia conductual debe ser definida en base a la metodología que utiliza, es decir, la vemos como la aplicación de una aproximación científica de la metodología conductual.

Partiendo de éstos elementos, mencionaremos algunas premisas básicas de la terapia conductual:

En relación a la psicoterapia, la terapia conductual tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.

La terapia conductual asume que las conductas de desadaptación son hasta un grado considerable adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida. Ninguna teoría sobre conducta humana o sobre personalidad discutiría sobre la consideración de que los seres humanos en alto grado son un producto de su medio ambiente, sin embargo, la modificación de conducta establece de manera precisa cómo el medio ambiente puede influir en las persona, en términos de los principios de aprendizaje establecidos.

La terapia conductual asume que los principios psicológicos, especialmente los de aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de conducta de

desadaptación. Parece razonable suponer alguna relación entre el grado que una respuesta en particular fue aprendida y la facilidad con que puede ser modificada.

La terapia conductual implica la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento. Esta conceptúa la respuesta de desadaptación como derivación de una personalidad perturbada, por lo tanto es obvio que el objetivo del terapeuta y sujeto no sería el de facilitar la reorganización y reestructuración de la personalidad del sujeto, sino que la finalidad será la de ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con el funcionamiento del sujeto.

El terapeuta de la conducta adapta su método de tratamiento al problema del sujeto,. Se asume que cualquier técnica, clasificada bajo el rótulo de terapia de la conducta, ha sido sometido a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.

Resumiendo, podríamos decir que la aproximación de la terapia conductual concierne con el desarrollo, mantenimiento y alteración de la conducta. Sus fundamentos son metodológicos en términos de un énfasis en la evaluación de la conducta, objetivación de los conceptos, evaluación de las estrategias de intervención y minimización de variables inferidas.

La medicina conductual surge de la terapia conductual así como de sus principios y fundamentaciones, la gran diferencia consiste en que la medicina conductual se aboca con nuevas estrategias cognitivo-conductuales a la evaluación, tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos, es decir, a problemas de salud.

El campo de la medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos a través de diferentes estrategias de afrontamiento, que implican básicamente entrenar al paciente a aprender a vivir o estar mejor con su problema y evitar deterioros psicológicos y conductuales, en otros términos, a mejorar la calidad de vida del paciente.

Shapiro propone los siguientes puntos, como ofertas de la medicina conductual:

- 1.- Disponibilidad de técnicas específicas derivadas del análisis conductual, tales como la retroalimentación biológica y el condicionamiento, para el control directo o la mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad.

2.- Uso de medidas y definiciones conductuales objetivas y su uso de principios conductuales verificados empíricamente en la investigación sobre la etiología, tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades.

3.- Aplicabilidad al menos en principio a todos los trastornos médicos, en lugar de limitarse únicamente a los tradicionalmente definidos de naturaleza puramente psicofisiológica.

PRACTICA HOSPITALARIA

EL Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, tiene como antecedente histórico al sanatorio para tuberculosis de Huipulco, fundado en 1936, que operó de esa fecha al año 1959. En 1959 dicho sanatorio se transformó en el Hospital para Enfermedades Pulmonares y consecuentemente, se amplió su campo de competencia para tratar no sólo la tuberculosis sino todas las enfermedades respiratorias. Poco después incluyó en su ámbito de competencia la formación de médicos especialistas en neumología.

Para 1975 se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con el propósito de proporcionar atención médica y realizar labores de investigación en la especialidad de neumología.

En 1982 por decreto presidencial se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y se insertó en el sistema mexicano de Institutos Nacionales de Salud.

El Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias tiene como objetivos básicos promover, coordinar y desarrollar programas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias mediante acciones de investigación básica y aplicada, docencia, atención médica, así como participación y realización de eventos nacionales e internacionales.

El INER es considerado un instituto especializado de tercer nivel para población abierta, en donde se atiende a personas con enfermedades respiratorias de tipo crónico, tales como el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el enfisema pulmonar y el asma bronquial entre otras.

Las especialidades con las que cuenta el INER son las siguientes:

Neumología, otorrinolaringología, alergología, audiología, cardiología, inhaloterapia, infectología, psiquiatría, rehabilitación respiratoria y neumopediatría.

Cabe mencionar que excepto las dos primeras especialidades, las restantes son para interconsulta o de apoyo.

Los servicios que presta el INER son los siguientes:

Archivo clínico, banco de sangre, comunicación social, enfermería, hospitalización, laboratorio clínico, medicina nuclear, radiología y trabajo social.

El INER cuenta con 10 consultorios para neumología y otorrinolaringología y 8 para las especialidades de apoyo, además cuenta con tres salas de espera con capacidad para aproximadamente 200 personas.

En consulta externa se atienden aproximadamente a 240 personas diariamente, de las cuales 70 son de primera vez y las restantes son de consulta subsecuente, esto solamente en horario matutino.

Para hospitalización existen nueve pabellones con capacidad para albergar a aproximadamente 230 personas

En el INER, el servicio de psiquiatría es un servicio interconsultante, aquí se insertan los psicólogos de medicina conductual, ya que el departamento de psicología no existe como especialidad de apoyo dentro del instituto. Psiquiatría es un servicio que cuenta con dos médicos adscritos, uno de ellos el jefe de servicio, dos residentes de psiquiatría de 3er año, cuatro residentes de psicología de la salud de 3er año y dos residentes de medicina conductual de 2do año. Para prestar a cabo el servicio de psiquiatría y psicología, se cuenta con 2 consultorios de reducidas dimensiones, en donde se presta la atención a pacientes de consulta externa.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Pese a que durante los últimos años han ocurrido importantes avances respecto al conocimiento de la patogénesis y tratamiento del asma bronquial y otras enfermedades crónicas de las vías respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las estadísticas muestran que la morbi-mortalidad por éstas enfermedades ha aumentado, lo que ha conducido a una reevaluación de los factores involucrados y a la formación de grupos de expertos multidisciplinarios para desarrollar consensos en relación con diferentes aspectos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Las enfermedades caracterizadas por obstrucción bronquial constituyen un problema de salud importante en nuestro país, al igual que en el resto del mundo, pues son un padecimiento común en la población mexicana.

El costo del tratamiento se calculó en más de seis billones de dólares en EUA en 1990 y en casi el 1% de los gastos médicos en México. Junto al aumento de la prevalencia del asma, se ha observado un incremento de su morbilidad, número de hospitalizaciones y mortalidad, especialmente en niños y adultos jóvenes. En 1980, había una prevalencia de 2-5 por ciento, y para 1996 en el INER se han reportado 6010 casos de asma (estadísticas del INER;1992).

La tasa de mortalidad por asma no es alta, sin embargo, la prevalencia da lugar a problemas sociales importantes, como ausentismo, asistencia médica y hospitalaria entre otros (Latorre,1994).

Los menores de 15 años tiene más riesgos de padecer de enfermedades de las vías respiratorias, sobre todo al vivir en grandes ciudades y pertenecer a poblaciones afro-americanas. El asma generalmente comienza en la infancia, iniciando en el 50% de los casos antes de los 10 años, siendo antes de la pubertad más frecuente en los niños y después de esa edad en las mujeres (estadísticas del INER,1992).

Sin lugar a dudas, la forma más racional de evitar las crisis de una enfermedad respiratoria crónica y por lo tanto disminuir la mortalidad por éstas, es tratando adecuadamente la enfermedad. El reconocimiento de la importancia del área psicoemocional hace que las formas de terapia tradicional sólo medicamentosa permitan retomar el enfoque psicoterapéutico y conductual como apoyo al tratamiento global de la enfermedad.

El tratamiento psicoeducativo es muy importante, ya que los conocimientos y pensamientos que se tienen respecto a la enfermedad, van a influenciar el cómo una persona se comporta, ya sea cuidándose o descuidándose.

La terapia racional emotiva puede propiciar una modificación de la conceptualización que se tiene de la enfermedad, cambiando las ideas erróneas de ésta y así evitar que se maneje mal el padecimiento e incluso se perpetúe. La concepción que se tiene de la enfermedad puede influenciar un comportamiento disfuncional, manteniendo con mayor o menor medida la situación. Las situaciones estresantes pueden ser facilitadoras de conductas o situaciones poco favorables en una

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

enfermedad o dolencia, lo que se puede controlar modificando la forma de percepción del evento (Golstein, et al 1983).

Uno de los procesos involucrados desde el punto de vista conductual, es el condicionamiento clásico, donde las sensaciones, estímulos y circunstancias que ocurren durante las crisis de asma podrían quedar asociados a ellos y dar lugar a broncoespasmos condicionados.

También participa el condicionamiento operante en el que la probabilidad de ocurrencia de los ataques puede aumentar cuando se hacen contingentes a reforzadores tales como atención, evitación de actividades desagradables, lo que puede conducir a una exacerbación de los períodos críticos.

Por otro lado, la teoría del estrés de Selye parece tener mucha consistencia, ya que la ansiedad y otras emociones son factores que también pueden intervenir en la precipitación y agravamiento de las crisis respiratorias, como lo indican numerosas investigaciones, las reacciones de miedo o pánico, irritabilidad, preocupación, ansiedad, cólera o tristeza, están asociados con éstas (Creer, et al 1983).

Por otro lado, se sabe que los estados emocionales influyen en el funcionamiento pulmonar por medio de dos mecanismos fundamentales: Las conductas que acompañan frecuentemente a las emociones intensas como llorar, gritar, reír, etc. actúan sobre el sistema respiratorio provocando vasoconstricción, de forma similar como lo hace el ejercicio físico, además de los cambios producidos en la actividad autonómica y endocrina como consecuencia del estado emocional, actúan como mecanismos desencadenantes de la respuesta broncoconstrictora (Vázquez y Buceta, 1990).

Finalmente se ha tratado de determinar las formas de afrontamiento de la enfermedad respiratoria, encontrando que las personas que se centran con ansiedad en su trastorno presentan mayor frecuencia de hospitalizaciones, consumo de medicamentos, duración, etc. independientes a la severidad y características del asma que los que tienen baja ansiedad asociada a l problema.

Las estrategias de intervención psicológica han incluido una gran variedad de técnicas que han demostrado tener efectos positivos mejorando la función pulmonar y reducción de la ansiedad; las más utilizadas son: Biofeedback, entrenamiento en relajación, programas de autocontrol, desensibilización sistemática, habilidades de afrontamiento y solución de problemas y reestructuración cognocitiva. Todo esto

demuestra que no sólo la prescripción de medicamentos es importante, sino que el asma bronquial y otras enfermedades respiratorias se combaten también con educación sobre las técnicas de autocontrol emocional y corporal.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

El servicio de psiquiatría del INER atiende únicamente a los pacientes que son referidos por su médico tratante al servicio, a través de una solicitud de interconsulta, lo que significa que la atención no se proporciona a todos los pacientes con enfermedades crónicas, sino a aquellos que han sido considerados por el médico tratante.

Durante mi rotación por dicho servicio mis actividades de trabajo fueron las siguientes:

- Atención a pacientes en consulta externa, los problemas principales por los que fueron referidos eran ansiedad y depresión, consecuentes a un proceso de adaptación por padecer una enfermedad crónica de tipo respiratorio. Evaluación psicológica para cirugías e implante cóclea. Cabe mencionar que los tratamientos que recibieron los pacientes fueron tanto de tipo solamente psicológico y algunas veces de tipo psicológico y farmacológico, prescrito éste último por un psiquiatra.
- En cuanto a las evaluaciones para cirugía, el objetivo es explorar qué tanto conoce el paciente acerca del procedimiento médico al que será sometido, qué tanto comprende la enfermedad, los riesgos de la cirugía, así como sus ventajas, explorar sus emociones, reestructurar ideas, proporcionarle información, ofrecerle psicoterapia de apoyo si fuera necesario y programar intervenciones con la familia cuando se requiera.
- Atención a pacientes hospitalizados en pabellón. Se les proporciona información acerca del padecimiento médico, se les orienta en cuanto a la conducta a seguir durante su estancia hospitalaria y fuera de ella y se

atienden los problemas emocionales que surgen como consecuencia de padecer una enfermedad crónica respiratoria. En otras palabras, se trabaja para conseguir la adherencia terapéutica y la adaptación y aceptación de la enfermedad. Este es un trabajo particularmente interesante y de suma importancia para el paciente, ya que el proporcionarle información acerca de su padecimiento y reestructurar sus ideas acerca de la enfermedad y de la idea de muerte es en muchas ocasiones suficiente para disminuir la ansiedad o la depresión, también se utilizan técnicas conductuales de relajación y se hace intervención con la familia, explicándole el padecimiento y guiándolo para que apoye a su familiar.

- Se continuó con el taller de relajación formado por pacientes ambulatorios del hospital, que acuden una vez a la semana a su entrenamiento con las diferentes técnicas de relajación. Este taller tiene como objetivo enseñarle al paciente a comprender que la enfermedad tiene un componente emocional y no sólo biológico, se les motiva a asumir la responsabilidad de manejar su enfermedad y de adherirse a los tratamientos farmacológicos y conductuales prescritos. Las técnicas de relajación son particularmente útiles para controlar los las crisis de asma y las complicaciones de las enfermedades respiratorias, pues sabemos que la ansiedad es un factor desencadenante de dichas complicaciones, de tal manera que si el paciente aprende a controlar sus estados emocionales y a reconocer las señales de su cuerpo le será más fácil afrontar una situación de emergencia.

- Se inició un grupo de pacientes con problemas de autoestima para trabajar con técnicas de reestructuración cognoscitiva. El objetivo es proporcionar información acerca de la enfermedad y reestructurar las ideas catastróficas respecto a la misma y a aceptar las desventajas colaterales de los tratamientos, principalmente el uso de oxígeno a través de un tanque ambulatorio. Se les programan tareas como ejercicios de autoestimulación corporal encaminados a aceptar su imagen, así como lecturas motivacionales.

Las actividades durante la semana eran como sigue:

Los lunes se atiende desde las 8 de la mañana en el servicio de psiquiatría a pacientes de primera vez, todos eran necesariamente referidos por sus médicos tratantes de los servicios de neumología, otorrinolaringología, audiología, clínica de tabaquismo y cardiología pediátrica, en todos los casos se realizó una entrevista de primera vez y examen mental. A las 11:30 en reunión con los demás compañeros de psicología, psiquiatría y la jefe de servicio, durante dicha reunión se presentaban los casos para determinar la conducta a seguir con cada uno y hacer propuestas de evaluación y tratamiento. Finalmente se pasaba la visita a los pacientes hospitalizados en los pabellones de infectología, fibrosis pulmonar, otorrinolaringología, oncología y pediatría.

Los martes se atendía nuevamente a los pacientes de primera vez solamente de 8 a 9:30. Posteriormente se atendía la consulta subsecuente. Nuevamente a las 12 se presentaban los nuevos casos ante los compañeros y la jefe de servicio.

Los días miércoles se atendía la consulta subsecuente y los jueves estaba programado el taller de relajación y los viernes el de distimia. Las visitas a los pabellones de hospitalización se hacían todos los días y con la frecuencia necesaria para cada paciente.

En cuanto a las actividades académicas, la calendarización semanal fue como sigue: Los martes se realizaba la reunión con el supervisor académico de la UNAM, quien siempre aportó comentarios importantes respecto a las intervenciones psicológicas que se debían realizar con los pacientes.

Los miércoles, de 8:30 a 10 AM. Se asiste a las sesiones generales del Instituto en donde se presentan temas de interés de las diversas especialidades, tales como asma, trasplante pulmonar, enfermedades infecciosas del sistema respiratorio, etc.

Los jueves se programaron sesiones bibliográficas y clínicas dentro del servicio de psiquiatría, en éstas se manejaban temas específicos de enfermedad respiratoria y el papel de la psicología o psiquiatría, durante ellas había una retroalimentación al expositor de parte de los compañeros sobre el caso o artículo de investigación que se presentara.

Por otra parte es importante mencionar que fue difícil hacer evaluaciones de nuestras actividades con los pacientes ya que estos siempre eran valorados y manejados por otros especialistas que a su vez tienen formaciones teóricas y conceptuales diferentes a las que se nos enseñaban en la UNAM, además de que el mismo servicio de psiquiatría por ser un servicio interconsultante sólo se debía avocar a la referencia del médico tratante del paciente y si hubiera otras alteraciones debía ser referido al hospital psiquiátrico o a cualquier otra institución para el tratamiento y manejo de alteraciones que no estuvieran asociadas directamente con la enfermedad respiratoria.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para evaluar a los pacientes en el INER se usó la entrevista, principalmente con los pacientes de primera vez, ésta sirvió para recolectar los datos generales de la historia clínica. Posteriormente, la entrevista fue de tipo conductual enfocada a la valoración diagnóstica. Los problemas que se presentaban con mayor frecuencia eran ansiedad, insomnio y depresión asociados a la pérdida de la salud, en muchas ocasiones fue necesario proporcionar tratamiento farmacológico en primera instancia para después continuar con el apoyo psicológico.

Otros instrumentos útiles para evaluar a los pacientes fueron las pruebas psicológicas. Se emplearon principalmente los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, que cuentan con estándares para población mexicana.

EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

En septiembre de 1989 se inaugura el Nuevo Hospital Juárez de México, después de que en 1985 el ahora conocido Hospital Juárez del centro perdiera sus instalaciones a causa del terremoto de aquel 19 de septiembre.

El Nuevo Hospital Juárez de México, dependiente de la secretaría de salud, es considerado un centro médico nacional de 3er nivel para población abierta.

El servicio de trasplante renal atiende a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que serán sometidos a trasplante.

El Servicio de trasplante renal cuenta con un consultorio para la consulta médica externa, el psicólogo desafortunadamente no cuenta con un espacio propio para su función y debe adaptarse a los espacios existentes, los cuales no son aptos la mayoría de las veces para la intervención psicológica, ya que tanto el lugar físico como el inmobiliario no están diseñados para dicha labor. Cuenta también con 12 camas para hospitalización, distribuidas en dos cuartos, uno para hombres y otro para mujeres, los cuales también son compartidos con el servicio de nefrología, 3 cuartos de aislamiento para después del trasplante y un laboratorio.

En cuanto a los recursos humanos, el servicio mencionado cuenta con 1 jefe de servicio, 2 cirujanos, 1 QFB y un técnico laboratorista, 7 enfermeras, 2 intendentes, 2 trabajadoras sociales, 2 residentes de psicología y 2 residentes de cirugía de trasplantes.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es producto de la destrucción progresiva e irreversible de nefronas, independientemente de la causa. El riñón normal posee tres funciones principales: Excreción de los desechos del metabolismo nitrogenado (úrea), regulación del balance hidrogenado (el potasio) y funciones endocrinas y metabólicas (Harrison, 1997).

EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

En septiembre de 1989 se inaugura el Nuevo Hospital Juárez de México, después de que en 1985 el ahora conocido Hospital Juárez del centro perdiera sus instalaciones a causa del terremoto de aquel 19 de septiembre.

El Nuevo Hospital Juárez de México, dependiente de la secretaría de salud, es considerado un centro médico nacional de 3er nivel para población abierta.

El servicio de trasplante renal atiende a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que serán sometidos a trasplante.

El Servicio de trasplante renal cuenta con un consultorio para la consulta médica externa, el psicólogo desafortunadamente no cuenta con un espacio propio para su función y debe adaptarse a los espacios existentes, los cuales no son aptos la mayoría de las veces para la intervención psicológica, ya que tanto el lugar físico como el inmobiliario no están diseñados para dicha labor. Cuenta también con 12 camas para hospitalización, distribuidas en dos cuartos, uno para hombres y otro para mujeres, los cuales también son compartidos con el servicio de nefrología, 3 cuartos de aislamiento para después del trasplante y un laboratorio.

En cuanto a los recursos humanos, el servicio mencionado cuenta con 1 jefe de servicio, 2 cirujanos, 1 QFB y un técnico laboratorista, 7 enfermeras, 2 intendentes, 2 trabajadoras sociales, 2 residentes de psicología y 2 residentes de cirugía de trasplantes.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es producto de la destrucción progresiva e irreversible de nefronas, independientemente de la causa. El riñón normal posee tres funciones principales: Excreción de los desechos del metabolismo nitrogenado (úrea), regulación del balance hidrogenado (el potasio) y funciones endocrinas y metabólicas (Harrison, 1997).

De tal manera que los pacientes diagnosticados con IRCT tienen tres alternativas de tratamiento:

- 1.- La diálisis peritoneal.
- 2.- La hemodiálisis.
- 3.- El trasplante de un riñón.

Los dos primeros son sustitutivos de la función perdida. El trasplante es un procedimiento quirúrgico, en donde se injerta un riñón al paciente, que puede provenir de un donador vivo, relacionado emocionalmente con éste como puede ser el cónyuge, de un pariente biológico o bien de un cadáver. Los pacientes que no siguen ninguno de éstos tratamientos mueren por paro cardíaco provocado por la intoxicación de éstas sustancias que normalmente son eliminadas a través de la orina.

La diálisis peritoneal es un tratamiento que implica el uso de un catéter semipermanente en la cavidad abdominal, así como bolsas con líquidos electrolíticos especiales para éste procedimiento que sirven para dializar las sustancias de desecho del organismo. Este procedimiento lo lleva a cabo el paciente 4 veces al día.

La hemodiálisis es un procedimiento que implica el uso de una máquina que hace las funciones de un riñón artificial. A través de un catéter colocado en una vena (que puede ser la yugular o la clavicular), se da un intercambio entre la sangre del enfermo "contaminada" y una solución de composición electrolítica similar a la del plasma normal, que permite la depuración de la sangre, eliminando las sustancias de desecho y la normalización de los electrolitos plasmáticos. En general, éste procedimiento debe llevarse a cabo dos o tres veces por semana en un hospital que cuente con la tecnología necesaria y cada sesión tiene una duración de tres a cuatro horas.

Estos procedimientos, por ser altamente invasivos dejan en los pacientes cicatrices; las bolsas de diálisis así como los catéter tienen un aspecto poco agradable, la piel se tiñe de un color amarillento y adquiere una textura áspera y reseca, tienen mayor vulnerabilidad a los cambios de temperatura, emiten un olor desagradable debido a la acumulación de toxinas, aumento de peso por retención de líquidos y trastornos en la marcha o la sensibilidad como consecuencia de la desmielinización de los nervios, además deben llevar una dieta especial; baja en calorías, en sodio, potasio, fósforo,

grasas y agua. Todo esto genera en cuanto al aspecto psicológico problemas de autoestima, deterioro de la autoimagen, del autoconcepto, depresión, frustración, ansiedad, alteraciones en la vida sexual y culpa, ideas suicidas, entre otras emociones; incluso alteraciones en las funciones cognitivas superiores, o trastornos del sueño como insomnio, por el aumento de urea, que aunque no son permanentes y son reversibles también son fuente de estrés.

Hay un conjunto de investigaciones sobre el estado psicológico del paciente con IRC, ya que la imprevista y repentina pérdida de su salud, los cambios en el estilo de vida y las alteraciones corporales pueden llevarlo a un estado de crisis.

Zahonero (1984) estudió a 76 pacientes, correlacionando variables demográficas con síntomas psicológicos; mostró que la tendencia a la depresión era mayor entre personas mayores de 26 años, casados, no religiosos y que habían estado más de un año en hemodiálisis. Miaro et al., 1985 encontraron que los mayores niveles de ansiedad correspondían a sujetos de entre 10 y 20 años, en los primeros meses de hemodiálisis. Además se halló que la variable de mayor peso en los sujetos con IRC es la baja autoestima que correlacionaba con un reducido nivel de escolaridad.

Christensen et al., 1996 mostraron que una mayor adhesión al tratamiento estaba asociada a pacientes que percibían menor deterioro físico y mayor conciencia del cuerpo. Algunas publicaciones muestran que la gimnasia se asocia a una reducción de la ansiedad y a la posibilidad de sentirse mejor (Martorelli, Pechón y Mustaca, 1998).

En cuanto a los pacientes que se someten a trasplante y que son los que se atienden en este escenario, es importante considerar que vienen tolerando una enfermedad crónica y por lo tanto las desventajas ya mencionadas, consecuentes de dichos procedimientos y ahora tendrán que enfrentar el impacto de buscar a un familiar que quiera donarle un órgano, o esperar la muerte encefálica de un individuo para proceder a la petición de donación de un riñón proveniente de un cadáver y al mismo tiempo elaborar las estrategias para afrontar dicho procedimiento.

El acto quirúrgico, el período de aislamiento, la adherencia al tratamiento; principalmente con los inmunosupresores, que se toman de por vida, los cuidados postquirúrgicos, la dieta, las condiciones ambientales adecuadas para llevar a cabo éste acto; una casa con ciertas características, y los recursos económicos para cubrir

con el protocolo de trasplante son algunas de las situaciones típicas que el paciente con IRCT debe enfrentar al ingresar a un protocolo de trasplante.

Podemos pensar que el momento histórico, a nivel individual, en el que el paciente se vacía de identidad, es cuando ingresa a hemodiálisis y cuando es trasplantado también. Hay un movimiento de reestructuración interno que da como resultado la identidad "yo soy un renal", ó "yo soy un trasplantado". Esta crisis que significa otra opción de vida, es interesante pensarla como una oportunidad para liberarse de lo establecido, y ante lo inevitable, transformarla en vital. La elaboración de un proyecto de vida también es parte del proceso de maduración afectiva e intelectual y como tal, supone "aprender a crecer". Así como Fromm habla de un "arte de amar", Casullo propone un "arte de crecer" (Martonelli,1997).

Desde el punto de vista psicológico, la selección del candidato resulta imprescindible y debe hacerse integrando elementos técnicos, valores morales y recursos económicos, porque se presenta en la práctica un gran dilema ético: Por una parte el hecho de que el ser humano es único e irrepitable, por lo que no se puede privar de la oportunidad de prolongar la vida a personas portadoras de un desarrollo anómalo de la personalidad o de una presunta sintomatología psiquiátrica que en ocasiones son alteraciones de la personalidad originadas por la propia enfermedad (por ejemplo delirios por hipóxia, por bajo gasto cardíaco o por estados emocionales agudos como ansiedad, depresión o ira ante la sensación inminente de muerte). Es el propio paciente quien debe tener los mecanismos adecuados de autoregulación personal, es decir una valoración adecuada de su estado de salud, un conocimiento preciso de sus posibilidades, la comprensión exacta de la importancia de cada uno de los medicamentos y un tratado de metas y propósitos consecuente con su estado para garantizar la adherencia terapéutica y realmente prolongar su vida. Por lo tanto la elección tanto del donador como del paciente para entrar en un protocolo de trasplante es algo complejo (Abboud Castillo,1993).

El trasplante es un intento para prolongar la vida de una persona, y sólo esa persona, con lo que hace y no hace podrá darle un sentido y un valor a su vida (Martorrelli,1997).

Las personas con fallo renal se encuentran bajo tensión constante. La relación simbólica, imaginaria y real entre fallo renal y muerte, la constante sensación de sentirse enfermo, la incomodidad que producen las lesiones, los cambios que se van

sintiendo en el cuerpo, las hospitalizaciones constantes, los efectos secundarios de las medicinas, las dietas y los ajustes en la vida en general constituyen algunas de las fuentes de tensión que sufren los pacientes y sus familiares. El objetivo del psicólogo en éstos escenarios es la valoración del estado emocional del paciente y conducirlo hacia una rehabilitación que permita llevarlo más allá del nivel de funcionamiento físico emocional donde se encontraba antes del fallo renal, para esto debemos conocer cuáles son las personas con las que mejor se puede relacionar el paciente, sobre su familia, lazos de apoyo, número de hijos, etc. Las influencias sociales juegan un papel importante en la adaptación que el paciente logre al régimen de su tratamiento. Por ejemplo, algunos pacientes responden a sus condiciones crónicas de la misma forma que ellos recuerdan a sus padres haber manejado enfermedades.

Existen pacientes que cambian su cotidianeidad y asisten más frecuentemente a las clínicas, respondiendo a patrones sociales aprendidos. Sabemos cómo aspectos económico-sociales inciden en dietas, estilos de vida, creencias y tradiciones que pueden afectar directamente el tratamiento del paciente.

Algunas de las estrategias de intervención psicológica con pacientes en protocolo de trasplante renal señaladas por la literatura, son las siguientes:

- Dar información al paciente sobre su estado y progreso es una de las estrategias más importantes para lograr apego a los tratamientos y disminuir la ansiedad y depresión.
- Atender sus preocupaciones y ponerse a la disponibilidad para atender sus dudas.
- Realizar un plan individualizado de intervención que responda a las diferencias de cada paciente. Ofrecerle explicaciones adecuadas acerca de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales que lo afectarán directa o indirectamente; también se les deberán dar explicaciones sobre el uso de equipo y su propósito.
- Tomar un papel activo en la exploración de algunas de las preocupaciones de los pacientes, sus emociones, ya sea en términos de su físico, proceso de

convalecencia o sentimiento de pérdida. Tratar al paciente como un ser único, donde él es la prioridad, no su condición.

- Utilización de otros pacientes que están más fortalecidos como consejeros.
- Desarrollar asignaciones claras que el paciente pueda cumplir. La comunicación frecuente entre el paciente y el personal médico ayuda a posibilitar esto y a que el paciente pueda cumplir con lo que se propone.
- Establecer grupos de sostén entre pacientes que viven con condiciones similares ayuda a aminorar el sentimiento de soledad y aislamiento presentes en pacientes con éstas condiciones. Mediante éstos grupos, los pacientes aprenden estrategias, nuevas actitudes y experiencias manejadas de forma más exitosa. Existen estudios numerosos que respaldan el modelaje entre pares como una intervención efectiva.
- No olvidarnos del humor tan importante en aliviar las penas. Aprendamos a reírnos con el dolor.

En cuanto a la selección de los pacientes psicológicamente aptos para donar y recibir un órgano se describen a continuación una serie de criterios:

Criterios del receptor:

- Capacidad de comprensión.
- Ser conciente de los riesgos del trasplante y de la probabilidad de éxito. (art. 25 fracc. 4).
- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Artículo 327 de la ley publicada el 26 de mayo de 2000 en el diario oficial de la federación).
- Tener adherencia a los tratamientos.
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26 fracc. IX).
- Capacidad para realizar cambios en el estilo de vida.
- No tener síntomas ni cuadros psicopatológicos.
- Estar entrenado para tolerar el período de aislamiento.

Criterios del donador:

- Capacidad de comprensión.
- Estar libre de coacción física o moral para donar (Art. 16 fracc. V).
- Tener conocimiento de los riesgos de la nefrectomía y sus consecuencias, así como de las posibilidades de éxito para el receptor.
- No incurrir en la obtención de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
- No tener síntomas ni cuadros psicopatológicos.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Durante mi rotación por dicho servicio mis actividades de trabajo fueron las siguientes:

- Participación en las entrevistas que tienen los receptores y probables donadores con el jefe de servicio, en éstas se exploran las condiciones generales con las que cuentan para determinar si son candidatos a ingresar a un protocolo de trasplante de donador vivo, desde aquí se le informa al paciente los pasos a seguir para cubrir con los criterios del protocolo.
- Entrenamiento para el control del dolor agudo y estrés a pacientes que se someten a procedimientos médicos dolorosos como la colocación de catéteres y fistulas. La colocación de los catéteres semipermanentes tanto para la diálisis peritoneal como para la hemodiálisis se lleva a cabo bajo anestesia local, o con bloqueo epidural, es decir, los pacientes pueden percibir dolor debido a que la interpretación nociceptiva se da a nivel cortical, por lo tanto la percepción dolor se incrementa ante altos niveles de ansiedad o estrés, es aquí dónde el entrenamiento previo en técnicas que permitan disminuir el distrés emocional y la ansiedad ante éstos procedimientos invasivos cobra importancia.

- Valoración psicológica para determinar la inclusión de un paciente a un programa de trasplante renal, tanto de donación cadavérica, como de un donante vivo relacionado. Esto se lleva a cabo captando al paciente desde que ingresa a un protocolo de trasplante Utilizamos un formato de entrevista ya estructurada y pruebas psicológicas para medir rasgos de ansiedad y depresión (Inventarios de BECK), se hacen observaciones de la conducta de el receptor durante sus visitas a la consulta médica, se observa su historia de adherencia al tratamiento, principalmente con el régimen dietético, esto es posible a través de los resultados de laboratorio rutinarios y de sus recaídas. Se interroga sobre la motivación para someterse a un trasplante y se correlacionan sus datos de autoreporte con las observaciones conductuales y con las evaluaciones fisiológicas de los laboratorios para obtener una conclusión. Se le muestran los cuartos en dónde permanecerá aislado dentro del hospital, sin contacto físico con nadie y se le va desensibilizando ante éste evento. En caso necesario se le proporciona apoyo con psicoterapia individual o grupal.

- Valoración psicológica de los donantes de órganos. El procedimiento es similar al del receptor, aquí tratamos de detectar a través de una entrevista estructurada su disposición y motivación altruista y voluntaria para donar un órgano y para apoyar al paciente, se interroga sobre sus estilos de vida y a través de la observación de su conducta la se exploran sus actitudes que nos permitan predecir que su decisión es libre. Se le informa que es una persona sana y nos cercioramos de que comprende los riesgos de someterse a una cirugía mayor, se le informa sobre su recuperación y de su incorporación a sus actividades cotidianas después de la nefrectomía.

- Atención a pacientes hospitalizados en piso para las interconsultas previas al trasplante.. Se les proporciona información acerca del padecimiento médico, se les orienta en cuanto a la conducta a seguir durante su estancia hospitalaria y fuera de ella y se atienden los problemas emocionales que surgen como consecuencia de padecer una enfermedad crónica renal. En otras palabras, se trabaja para conseguir la adherencia terapéutica y la

adaptación y aceptación de su problema de salud. Este es un trabajo particularmente interesante y de suma importancia para el paciente, ya que el proporcionarle información acerca de su padecimiento y reestructurar sus ideas acerca de la enfermedad y de la idea de muerte es en muchas ocasiones suficiente para disminuir la ansiedad o la depresión, también se le entrena para utilizar técnicas conductuales de relajación y se hace intervención con la familia, explicándole el padecimiento y guiándolo para que apoye a su familiar.

- Participación en el subcomité y comité de trasplantes. Este es un acto administrativo muy importante en el cual participan las autoridades del hospital y se decide, considerando los puntos de vista de diferentes profesionales de la salud si los pacientes son o no candidatos idóneos para recibir y donar un órgano y se fija la probable fecha de cirugía. Aquí es importante mencionar que se considera el punto de vista del psicólogo residente de medicina conductual, quien expone a través de un resumen las conclusiones a las que ha llegado después de la evaluación, éste resumen debe contar con el visto bueno del jefe de servicio de psiquiatría del hospital.
- Apoyo emocional al paciente el día del trasplante, se le acompaña hasta el quirófano, se refuerza la información que ya tiene respecto al evento quirúrgico y se le pide que coopere con los procedimientos previos a la anestesia mostrando una actitud tranquila y de confianza con el equipo de cirugía.
- Evaluación y apoyo emocional a pacientes postrasplantados durante su estancia en el cuarto de aislamiento. Después del trasplante se le ayuda a enfrentar los síntomas postanestesia, se refuerza la información sobre los tratamientos y se motiva para conseguir la adherencia a los inmunosupresores principalmente, se les proporciona apoyo emocional con psicoterapia, se reestructuran ideas respecto a su evolución, se refuerzan las conductas acertivas y se le indican tareas ocupacionales; por ejemplo se sugieren lecturas para motivarlo a sobrellevar éste período.

- Psicoterapia individual a pacientes postrasplantados para conservar la adherencia al tratamiento y entrenarlos en habilidades sociales para su readaptación familiar, laboral y social. El paciente aún después del trasplante debe mantener cierta conducta, por ejemplo, tomar el medicamento inmunosupresor, no realizar deportes de contacto, no comer ciertos alimentos, no realizar ciertas actividades como cargar cosas pesadas, no trabajar en lugares contaminados, tener cuidado con los cambios climatológicos etc. así, como seguir acudiendo a las visitas al servicio para monitorear su evolución. Esto es particularmente interesante porque a pesar de que el paciente a dejado de ser nefrópata, debe entender que sus hábitos higiénico-dietéticos se deben mantener de por vida.

- Participación en la petición de donación de órganos a los familiares de pacientes con muerte cerebral del mismo hospital pero de otros servicios, o de otros hospitales, con el fin de que acepten la donación cadavérica de órganos que se podrían utilizar para trasplantar a nuestros pacientes. Esta es una labor muy delicada que implica el sensibilizar a los familiares de un paciente que desafortunadamente a fallecido por muerte cerebral para que acceda a la donación de sus órganos. Es importante mencionar que lo relevante es participar en la labor de convencimiento con los familiares para que acepten la donación de órganos a pesar de las diferentes ideologías, principalmente religiosas, así como sensibilizar a la comunidad ante la necesidad de trasplantar órganos de cadáver para rehabilitar a nuestros pacientes.

- Participación en la valoración y tratamiento psicoeducativo de un paciente con insuficiencia renal crónica terminal y retraso mental leve para incluirlo a protocolo de trasplante renal.

- Publicación del resumen del trabajo titulado "La adherencia terapéutica en el éxito del trasplante renal", en las memorias de la LIII Asamblea Nacional de Cirujanos.

En cuanto a la supervisión académica por parte de la UNAM se llevaba a cabo un día a la semana a cargo del Mto. Leonardo Reynoso.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En el servicio de trasplante renal la evaluación a los candidatos era de vital importancia, pues para que se lleve a cabo un trasplante se debe presentar el caso ante un comité de ética, quien decide si es justificable un trasplante de órganos, para ello se hacen valoraciones en las áreas social, médica y psicológica.

En el área psicológica los instrumentos de evaluación fueron los siguientes:

Se utilizó una entrevista diseñada exprofeso para evaluar a éstos pacientes. Posteriormente se construyó la historia clínica psicológica para ubicar al paciente en su contexto psico-social. Se les hizo examen mental.

Se utilizaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Así como otros inventarios del área de salud y de estrés.

Se utilizó la escala de comprensión del WAIS, ya que uno de los criterios para ingresar a protocolo de trasplante es que el paciente cuente con capacidad para comprender.

Se aplicó también un cuestionario de estilos de vida.

COMENTARIOS FINALES:

Desde que ingresé a la maestría, sabía que la experiencia clínica sería fantástica, ya que afortunadamente tuve la oportunidad de hacer mi tesis de licenciatura en el Instituto Nacional de Pediatría en el área de hematología y sobre control del dolor, por lo que desde entonces el interés por la psicología de la salud se había despertado, sentí la necesidad de aprender más, sin embargo, no imagine que a mi y a mis compañeros de generación de la maestría nos tocaría ser un grupo experimental para probar, diseñar y ajustar planes de estudio y desafortunadamente, el ánimo y la motivación con los que inicié decayeron, aun así, no dejo de reconocer que fue una experiencia increíble que definitivamente influye en mi desarrollo profesional; el formar parte de un equipo multidisciplinario de trabajo en el área de la salud no hubiera sido posible sino siendo estudiante de la residencia.

Tradicionalmente la labor del psicólogo se centra en la salud mental y al egresar de la licenciatura carecemos de las habilidades para valorar a un paciente que padezca de alteraciones conductuales o emocionales que no estén asociadas con patologías típicas como los trastornos mentales. La experiencia adquirida durante mi rotación en ambos escenarios fue bastante enriquecedora, principalmente al aprender las habilidades clínicas necesarias para tratar con pacientes crónicos y terminales. Esta experiencia derivada de la práctica hospitalaria que me permitió éste posgrado, ha sido sin lugar a dudas de las más importantes en mi vida profesional.

En el caso de mi experiencia en el INER pienso que la intervención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas de tipo respiratorio es de vital importancia en el tratamiento y rehabilitación del padecimiento, ya que existen factores comportamentales bien definidos que exacerban o desencadenan dichas enfermedades, aunque en éste escenario la intervención del psicólogo era muchas veces limitada porque las formas de aproximarse a un mismo padecimiento eran diferentes entre los que formábamos el equipo de trabajo en el servicio de psiquiatría, la jefe de servicio, con una carrera como paidopsiquiatra y una formación teórico conceptual de corte psicoanalítico tenía en muchas ocasiones puntos de vista muy diferentes y en ocasiones opuestos a los de los psicólogos residentes de

medicina conductual, y lo mismo ocurría con los compañeros residentes de psiquiatría.

Por otro lado, en el Hospital Juárez de México, tuve la oportunidad de presenciar las cirugías de trasplantes, lo que me sensibilizó para trabajar con el paciente y su familia, además de que podía informar sobre el procedimiento de trasplante, lo cual es muy útil para disminuir la tensión y para preparar al paciente a afrontar dicho evento y todas las consecuencias del mismo como la adherencia terapéutica y el periodo de aislamiento, entre otras. Por otro lado, el participar en los comités de ética para decidir sobre si se realiza o no un trasplante fue sumamente enriquecedor ya que el participar dentro de un equipo multidisciplinario permite entender mejor al paciente y el padecimiento que se trate. Como éste podría mencionar muchísimos episodios muy ricos en aprendizaje durante mi estancia en ambas instituciones.

Lo realmente triste después de terminar la maestría y la residencia es la dificultad para encontrar ofertas de empleo, ya que desafortunadamente las instituciones de la secretaría de salud funcionan con residentes de psicología y no cuentan con plazas para personal definitivo en esta área. Aun así, creo que debemos mencionar algunos puntos que se podrían considerar para mejorar nuestro trabajo en los escenarios de salud.

Carecemos de instrumentos precisos para la evaluación y diagnóstico apropiados, necesitamos instrumentos sensibles a las poblaciones con la que trabajamos por ejemplo, los pacientes para trasplante presentan síntomas como insomnio, "calambres", sudoración, comezón, cefaleas, taquicardías, entre otros que se podrían confundir con síntomas de estrés en un inventario de estrés, y sin embargo son síntomas consecuentes de su padecimiento orgánico.

En cuanto a las supervisiones, creo que es preciso elegir a aquellos que cuenten con la misma formación teórica que se plantea en el plan de estudios, ya que el punto de vista de un psiquiatra con formación psicodinámica dista mucho de el punto de vista de un alumno de medicina conductual, lo cual no solo limita sino dificulta las sesiones

de supervisión. Por lo que es preciso unificar criterios a la hora de seleccionar a los supervisores in situ.

Respecto a los tutores académicos, desde mi punto de vista, tienen la necesidad de sensibilizarse ante los padecimientos de los pacientes hospitalizados, ya que son distintos de los pacientes ambulatorios, así como de las demandas institucionales que en ocasiones limitan o dificultan la puesta en marcha de los conocimientos teóricos.

En medio de todo, no puedo dejar de agradecer a todos mis profesores de la UNAM, principalmente al Maestro Samuel Jurado Cárdenas, mi tutor, quien siempre me ha apoyado con su valiosa experiencia y comentarios, a la Dra. Dolores Mercado, y al Mto. Fernando Vázquez, quienes con sus sugerencias y comentarios facilitaron mi formación académica. Por parte de la secretaría de salud, en el Hospital Juárez de México conté siempre con el apoyo del Dr. Andrés Bazán Borges, cirujano de trasplantes, a quien también debo agradecer su paciencia y sus enseñanzas.

A todos ellos y principalmente a aquellos que en algún momento se denominaron "mis pacientes" ; muchas gracias.

REFERENCIAS:

- Abboud Castillo, N.H. (1993). Problemas éticos y psicológicos del trasplante de órganos. Psicología y Salud. pp.90-100.
- Agras, W.S. (1982) Behavioral Medicine in the 80's. Journal of consulting and clinical psychology , No 50.
- Birk, L. (1973) Biofeedback Behavioral Medicine. New York. Grunne and Stratton.
- Buela, G. Y Caballo, V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. España. Siglo 21
- Creer, T.L., Marion, R. y Creer, P.P. (1983) The asthma problem hospital behavior: Maligering. Journal of Behavior Therapy and Experiemntal Psychiatry, 5-521.
- De la Fuente J.R. (1996). Psicología Médica México, Fondo de Cultura Económica.
- De la Torre Postigo J. M. y Beneit, M. (1994) Psicología de la salud. Argentina, Lumen Editores.
- Goldstein, R.A., Green, L. W. y Parker, S.R. (1983) Self management of child-hood asthma, Journal of Allergy and Clinical Inmunology 72, 522-525.
- Graw. J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998) "La psicología de la salud en América Latina". Facultad de Psicología UNAM.
- Harrison (1997). Principios de medicina interna. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Martorelli, A. (1997) Pacientes trasplantados entrenándose. Dinámica 6. Año 3 Vol. II. No. 2.

Martorelli, A., Pechón, C. Y Mustaca, E. (1998). Gimnasia expresiva y autoestima En pacientes con hemodialis crónica. Revista electrónica de psicología. Facultad de Psicología Universidad de Buenos aires.

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

Matarazzo, J.D. (1984); Winett, King y Atman (1989), (1989); Lancaster (1990). Matarazzo, (1984); op. cit. Becoña, E., L.Vázquez, F. Y Oblitas, L.A. (1995). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. Revista de Psicología Contemporánea. Vol 2 No. 1.

Norma Oficial de la Federación (30 de septiembre de 1994). SSA.

San Martín, H. (1984), Salud y enfermedad, México, La prensa médica mexicana. 4ta edición

Sánchez, S.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. En Rodríguez,G. Y Rojas,M. (1998) "La Psicología de la Salud en América Latina" Facultad de Psicología UNAM.

Shapiro (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 20 No.2.

Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. (1990) Tratamiento comportamental del asma bronquial. Madrid Eudema.

Wood, C. (1982) Cultura, estilo de vida y enfermedades crónicas en "La gente y su salud" Foro mundial de la salud. 3 (4) 509-505.

ANEXOS

FORMATO A LLENAR AL TERMINAR LA ENTREVISTA INICIAL

FECHA:	ENTREVISTADOR:
NOMBRE DEL PACIENTE:	

I.- PACIENTE

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NUMERO DE HIJOS:	
DIRECCION:	TELEFONO:	

FUENTE DE REFERENCIA: (¿quién proporciona los datos?)	
--	--

VALIDEZ DE LAS FUENTES DE INFORMACION EXPRESADAS:	
---	--

II.- PRESENTACION DEL PROBLEMA

QUEJA PRINCIPAL (en los términos del paciente):	
---	--

HISTORIA INMEDIATA DE DESARROLLO DEL PROBLEMA:	
--	--

DEFINICION DEL PROBLEMA:	
--------------------------	--

ANTECEDENTES:	
---------------	--

CONSECUENTES:	
---------------	--

DURACION DEL PROBLEMA:	
------------------------	--

FRECUENCIA DE OCURRENCIA:	
---------------------------	--

I N T E N T O S A N T E R I O R E S P O R S O L U C I O N A R L O :	
---	--

I N T E N T O S A N T E R I O R E S P O R S O L U C I O N A R O T R O S P R O B L E M A S	
---	--

III.-HISTORIA MEDICA:

ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS:	
-------------------------------------	--

HOSPITALIZACION	
------------------------	--

M U E R T E S FAMILIARES:	
----------------------------------	--

M E D I C A C I O N ACTUAL:	
------------------------------------	--

IV.-IMPRESION CLINICA:

APARIENCIA FISICA:	
--------------------	--

CONDUCTAS DURANTE LA ENTREVISTA:	
--	--

ESTADO DE ACTIVIDAD:	
-------------------------	--

ORIENTACION:	
--------------	--

HABILIDADES SOCIALES:	
--------------------------	--

COOPERACION Y MOTIVACION PARA EL TRATAMIENTO:	
---	--

MANIFESTACION DE PROBLEMAS DE ORGANICIDAD:	
--	--

SUGERENCIAS PARA L O S PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO:	
--	--

FICHA PSICOLÓGICA

DONADOR PARA TRASPLANTE RENAL

FECHA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Lugar de origen: _____

Domicilio actual: _____

Teléfono(s): _____

COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL RECEPTOR Y DE LA NECESIDAD DE TRASPLANTE

Conocimiento del diagnóstico: Si () No () Sabe pero no lo entiende ()

Conocimiento de la etiología Si () No ()

Conocimiento del pronóstico: Si () No ()

Conoce los procedimientos quirúrgicos:
(riesgos, consecuencias, tasa de
mortalidad)

Para el donador: Si () No ()

Para el receptor: Si () No ()

Conoce la probabilidad de éxito para el receptor Si () No ()

Conocimiento de la convalecencia:
(cuando se reanudan las actividades
cotidianas) Si () No ()

En el caso de donador vivo especificar la relación:

Padres () Hijos () Hermanos () Primos ()
Sobrinos () Esposos () Esposos () Amigos ()

Otra: _____

Duración de la relación:

Motivos de acercamiento entre donador y receptor:

Emociones asociadas:

Motivos de conflicto

¿Qué haría si no se lleva a cabo el trasplante?

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Con base en alguna de las últimas enfermedades del paciente, describir:
(El objetivo es determinar los grados de adherencia que el paciente ha tenido en el pasado. Enfatizar dieta, estilo de vida y medicamentos indicados)

Enfermedad: _____

Fecha del diagnóstico: _____

Cuidados médico-conductuales prescritos:

Tiempo por el que debía seguir las prescripciones:

Tiempo que el paciente siguió las prescripciones:

¿Hubo dificultades para seguir las prescripciones? ¿Cuáles?

¿Quiénes fueron su principal fuente de apoyo para salir adelante de esa enfermedad?

¿Qué lo motivó a salir adelante?

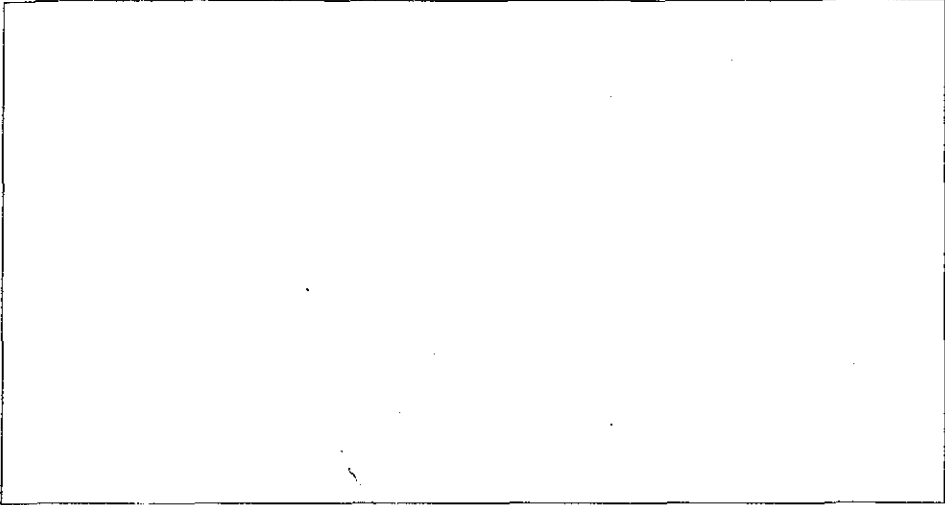
ASPECTOS FAMILIARES

PERSONAS CON LAS QUE VIVE NORMALMENTE:

El objetivo:

- Es conocer la red social más próxima, y el tipo de apoyo que recibe (instrumental, material, informativo).
- Recabar datos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) de padre, madre, esposo(a), hermanos, familiares, y otros.

FAMILIOGRAMA:
(núcleo familiar primario y secundario)



Antecedentes heredo-familiares patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

MOTIVACIÓN PARA DONAR

Objetivo: Valorar si el paciente está libre de coacción física o moral para donar:
Art. 16, Fracción V de la Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes.

1. ¿Usted (donador) conoce al receptor? Si () No ()

¿Desde cuándo? _____

2. ¿Cómo le conoció?

3. ¿Cómo se lleva Usted con el receptor? Describa.

4. ¿Existen o han existido conflictos entre Usted y el receptor? Si () No ()
¿Cuáles? _____

5. ¿Actualmente están solucionando o ya se solucionaron dichos conflictos?
Si () ¿Cómo? _____

No () ¿Por qué? _____

6. ¿Sabe qué repercusiones puede tener en su vida y su salud el hecho de donar? Si () No () ¿Cuáles? _____

¿Quién le dio la información? _____

7. ¿Quién sugirió que usted donara?

8. ¿Está usted interesado(a) en donar un riñón?
Si () ¿qué le motiva a donar? _____

No () ¿Por qué? _____

9. ¿Existe alguien que haya insistido o que insista en que usted done?

Si () No () ¿Quiénes y por qué? _____

10. ¿Hay alguien que le haya ofrecido algo a cambio de que usted done?

Si () No () ¿Quiénes? _____

¿Qué le han ofrecido? _____

11. ¿Usted se siente obligado o comprometido con (nombre del receptor) para donarle un riñón? Si () No () ¿Por qué? _____

12. ¿Usted va a pedir algo a cambio de donar?

Si () No () ¿Qué va a pedir? _____

¿Por qué? _____

13. ¿Sus familiares están enterados de que usted quiere donar?

Sí () ¿quiénes? _____

No () ¿por qué? _____

14. ¿Alguno de sus familiares o conocidos está en contra de que usted done?

Si () No () ¿quiénes? _____

¿por qué? _____

15. ¿Qué podría cambiar entre usted y sus familiares y conocidos si usted dona? _____

16. ¿Qué haría usted si finalmente ya no dona, ya sea por indicación médica o por motivos personales? _____

17. ¿Usted se metería en problemas si finalmente no dona?

Si () No () ¿qué problemas? _____

¿con quienes? _____

Al finalizar las preguntas hay que informar al paciente que en cualquier momento puede retractarse de su decisión de donar.

ORIENTACIÓN AL PACIENTE

INFORMAR ACERCA DE:

1. Función del periodo de aislamiento en hospital y en casa
2. El transplante no es una garantía al 100%
3. El transplante es para mejorar la calidad de vida.
4. La posibilidad de rechazo
5. Los cuidados que se requerirán posteriores al transplante (alimentación y actividad física)
5. La importancia de la cooperación del paciente
6. La donación debe ser altruista.
8. Parte del protocolo es una semana de internamiento para estudios de interconsulta.

PSICOLOGO RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

FICHA PSICOLÓGICA

RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL

FECHA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Lugar de origen: _____

Domicilio actual: _____

Teléfono(s): _____

Fecha en que recibió el diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRCT): _____

¿Hay otro diagnóstico médico además del de IRCT, cuál?

¿Cuál es el tratamiento?

Hospital en que lo diagnosticaron de IRCT: _____

Fecha en que se inició en protocolo: _____

Fase del protocolo en que se encuentra: _____

¿Se encuentra en protocolo de trasplante en otro hospital?

Sí () No () ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

Tipo de protocolo: () Donación de vivo - () Donación cadavérica

Tiempo y fechas en que ha estado en el programa de diálisis peritoneal

Desde: _____ Hasta: _____

Diálisis hospitalaria () Diálisis ambulatoria ()

Tiempo y fechas en que ha estado en el programa de hemodiálisis:

Desde: _____ Hasta: _____

Fechas en que ha presentado peritonitis:

(Indicar causas, tratamiento que recibió y medidas que tomó para evitar otra peritonitis)

Los medicamentos que toma actualmente son:

_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____

COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE LA NECESIDAD DE TRASPLANTE

Conocimiento del diagnóstico: Si () No () Sabe pero no lo entiende ()

Conocimiento de la etiología Si () No ()

Conocimiento del pronóstico: Si () No ()

Conoce de donde proviene el órgano donado: Si () No ()

Familiar vivo () Cadáver () Relacionado emocionalmente ()

Conoce los procedimientos quirúrgicos: Si () No ()
(riesgos, tasa de mortalidad)

Conoce la probabilidad de éxito del trasplante Si () No ()

Conoce la evolución postoperatoria: Si () No ()
(riesgos, período de aislamiento)

Conoce el tipo de medicamentos
inmunosupresores y sus efectos
secundarios

Si ()

No ()

Conocimiento de la convalecencia:
(cuando se reanudan las actividades
cotidianas)

Si ()

No ()

En el caso de donador vivo especificar la relación:

Padres ()

Hijos ()

Hermanos ()

Primos ()

Sobrinos ()

Esposos ()

Esposos ()

Amigos ()

Otra: _____

Duración de la relación:

Motivos de acercamiento entre donador y receptor:

Emociones asociadas:

Motivos de conflicto

¿Qué haría si no se lleva a cabo el trasplante?

¿Qué haría si presenta rechazo del injerto?

ASPECTOS FAMILIARES

PERSONAS CON LAS QUE VIVE NORMALMENTE:

El objetivo es:

- Conocer la red social más próxima, y el tipo de apoyo que recibe (instrumental, material, informativo).
- Recabar datos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) de padre, madre, esposo(a), hermanos, familiares, y otros.

FAMILIOGRAMA:

(núcleo familiar primario y secundario)

Antecedentes heredo-familiares patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Con base en alguna de las últimas enfermedades del paciente, describir:
(El objetivo es determinar los grados de adherencia que el paciente ha tenido en el pasado. Enfatizar dieta, estilo de vida y medicamentos indicados)

Enfermedad: _____

Fecha del diagnóstico: _____

Cuidados médico-conductuales prescritos:

Tiempo por el que debía seguir las prescripciones:

Tiempo que el paciente siguió las prescripciones:

¿Hubo dificultades para seguir las prescripciones? ¿Cuáles?

¿Quiénes fueron su principal fuente de apoyo para salir adelante de esa enfermedad?

¿Qué lo motivó a salir adelante?

ASPECTOS ALIMENTICIOS

¿Quién prepara la comida en casa?

¿Alguien prepara comida especialmente para usted?

Si () No () Quién: _____

Usted acostumbra comer:

De la comida que se cocina para todos ()

De la comida que se cocina aparte para usted ()

El paciente sí sabe qué alimentos puede comer:

() Lo sabe excelentemente bien

() Lo sabe bien

() Lo sabe parcialmente

() Tiene conocimiento insuficiente

() No sabe

MOTIVACIÓN PARA TRASPLANTARSE

¿Qué lo motiva a hacerse el trasplante de riñón?

¿Qué metas tiene en el corto y largo plazo en el caso de que se realice el trasplante?

¿Qué podría mejorar en su vida si se realiza el trasplante?

¿Qué podría ser diferente entre usted y sus familiares (esposo/a, hijos, hermanos) si se realiza el trasplante?

¿Qué podría ser diferente en su situación laboral si se realiza el trasplante?

¿Qué actividades podría realizar nuevamente si se realiza el trasplante?

ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DEL TRASPLANTE

Objetivo: Valorar si el receptor ha aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante: Art. 26, Fracción IX de la Ley General de Salud en Materia de Trasplante de órganos y tejidos.

1. ¿Puede decirme usted (receptor) en qué consiste un trasplante?

2. ¿Alguien le sugirió que se trasplantara? Si () No ()

¿Quién? _____

3. ¿Usted quiere trasplantarse? Si () No ()

¿Por qué? _____

4. ¿Alguien le ha dicho que usted tiene la obligación de trasplantarse?

Si () No () ¿Quién? _____

¿Por qué? _____

5. ¿Quiénes podrían beneficiarse si usted se trasplanta?

Nombres: _____
¿Por qué? _____

6. ¿Usted se siente obligado a trasplantarse? Si () No ()

¿Por qué? _____

7. ¿Usted está de acuerdo en que se le trasplante? Si () No ()

¿Por qué? _____

ADQUISICIÓN DEL ÓRGANO

Objetivo de la valoración: Determinar si existe o no coacción física o moral para conseguir el órgano: Art. 327. Ley del 26 de Mayo de 2000; diario oficial de la Federación. Nota: Las siguientes 8 preguntas no se aplican a receptor de donación cadavérica.

1. ¿Cómo surge la propuesta de que sea _____

(nombre del donador)

quien le done?

2. ¿Quién le pidió a (nombre del donador) que donara?

3. ¿Hay alguien que le haya ofrecido algo al donador, a cambio de que donara?

Si () No () ¿Quién? _____

¿Qué le ofreció? _____

¿Por qué? _____

4. ¿Usted (receptor) le ha EXIGIDO a (donador) que le done?
Si () No () ¿por qué? _____

5. ¿Existe una o más personas que estén insistiendo a (donador) a que done?
Si () No () ¿Quién(es)? _____
¿por qué? _____

6. ¿Qué haría Ud. (receptor) si el donador no pudiera donar finalmente ya sea por contraindicación médica o por motivos personales?

7. Si no pudieran donarle, usted quedaría:

	Si	No	¿Por qué?
Ofendido	()	()	_____
Resentido	()	()	_____
Burlado	()	()	_____
Engañado	()	()	_____
Insatisfecho	()	()	_____
Enojado	()	()	_____
Otro _____	()	()	_____

8. ¿Usted le reclamaría al donador si finalmente no le dona?
Si () No () ¿Qué le diría? _____
¿Por qué? _____

PREGUNTAS PARA EL RECEPTOR DE DONACIÓN CADAVERICA

1. ¿Sabe qué es un trasplante de cadáver?; describa.

2. ¿Puede describirme el pronóstico de su enfermedad?

3. ¿Ha considerado la posibilidad de que NO le lleguen a trasplantar (ya sea por falta de donaciones o por deterioro de su cuerpo debido a la enfermedad)?
Si () No () ¿Qué haría usted si no se le trasplantara?

4. ¿Ha comentado usted con sus familiares y/o conocidos la posibilidad de que no se le trasplante?

Si () ¿A quién les ha dicho? ¿Qué le contestó ese familiar/conocido?

No () ¿Qué pasaría si les dijera?

5. Si usted no se llega a trasplantar, ¿qué es lo que más le preocuparía?

¿Hay alguna forma en que usted pueda preocuparse menos?

6. ¿Ha pensado en quién puede confiar usted para encargar sus responsabilidades si llegara a fallecer mientras espera un trasplante?

Si () ¿En quiénes? ¿en qué le ayudarían?

No () ¿por qué?

7. Tomando en cuenta su enfermedad, ¿qué haría usted para vivir de la manera más satisfactoria posible?

OBSERVACIONES

ORIENTACIÓN AL PACIENTE

INFORMAR ACERCA DE:

1. Función del periodo de aislamiento en hospital y en casa
2. El trasplante no es una garantía al 100%
3. El trasplante es para mejorar la calidad de vida.
4. La posibilidad de rechazo
5. Los cuidados que se requerirán posteriores al trasplante (alimentación y actividad física)
6. La importancia de la cooperación del paciente
7. La donación debe ser altruista.
8. Parte del protocolo es una semana de internamiento para estudios de interconsulta.

PSICOLOGO RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

LISTA DE PROBLEMAS

INSTRUCCIONES: Marque en cada situación, la letra que describa mejor en qué medida se trata para Usted de un problema. Si tiene dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para usted, imagínese en esa situación. Incluya imágenes, acciones y sonidos que la hagan parecer real. En esa situación: ¿Se siente colérico? ¿Se siente deprimido? ¿Se siente ansioso? ¿Se siente confundido? Atención a estas emociones. Si se experimenta cólera, depresión, ansiedad o confusión probablemente se encuentre ante una situación problemática; algo hay en su forma de responder que no funciona bien. Marque la casilla adecuada, según la siguiente escala:

ESCALA:

- A = NO ME MOLESTA EN ABSOLUTO: NO TIENE NADA QUE VER CONMIGO**
B = ME MOLESTA UN POCO: AFECTA LIGERAMENTE MI VIDA Y CONSTITUYE UN PEQUEÑO GASTO DE ENERGIAS
C = ME MOLESTA BASTANTE: POSEE UN CLARO IMPACTO EN MI VIDA
D = ME MOLESTA MUCHO: ALTERA ENORMEMENTE MI VIDA COTIDIANA Y AFECTA PROFUNDAMENTE MI BIENESTAR

AREA: SALUD	
Trastornos del sueño	A B C D
Problemas sobre el peso	A B C D
Sentirse físicamente cansado	A B C D
Trastornos del estómago	A B C D
Problemas físicos crónicos	A B C D
Problemas para levantarse por la mañana	A B C D
Alimentación y dieta pobre	A B C D
AREA: ECONOMIA	
Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de quincena	A B C D
Dinero insuficiente para las necesidades básicas	A B C D
Aumento creciente en las deudas	A B C D
Gastos inesperados	A B C D
Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones	A B C D
No hay fuente fija de ingresos	A B C D

Demasiadas cargas financieras	A B C D
AREA: TRABAJO	
Trabajo monótono y aburrido	A B C D
Relaciones difíciles con el jefe o superior	A B C D
Prisas y con estrés	A B C D
Deseo de un trabajo o carrera distintos	A B C D
Necesidad de una mayor experiencia o formación	A B C D
Temor de perder el trabajo	A B C D
Dificultades para entenderse con los compañeros de trabajo	A B C D
Paro	A B C D
Condiciones de trabajo desagradables	A B C D
Necesidad de mayor libertad en el trabajo	A B C D
AREA: VIVIENDA	
Vecinos indeseables	A B C D
Demasiado lejos del trabajo o escuela	A B C D
Demasiado pequeña	A B C D
Condiciones desagradables	A B C D
Cosas que precisan una reparación	A B C D
Malas relaciones con el propietario	A B C D
AREA: RELACIONES SOCIALES	
Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto	A B C D
No tener muchos amigos	A B C D
Poco contacto con el sexo opuesto	A B C D
Sentirse solo	A B C D
No entenderse bien con algunas personas	A B C D
Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa	A B C D

Sentirse abandonado	A B C D
Falta de amor o afecto	A B C D
Vulnerable a las críticas de los demás	A B C D
Desear más intimidad con la gente	A B C D
No comprendido por los demás	A B C D
No saber, realmente, cómo llevar una conversación	A B C D
No encontrar la pareja adecuada	A B C D
AREA: OCIO	
No disfrutar de la suficiente diversión	A B C D
Mediocre en el deporte o en el juego	A B C D
Poco tiempo libre	A B C D
Querer más oportunidades para disfrutar del arte o la expresión	A B C D
Pocas ocasiones para disfrutar de la naturaleza	A B C D
Deseo de viajar	A B C D
Necesidad de unas vacaciones	A B C D
Incapacidad para pensar en algo divertido que hacer	A B C D
AREA: FAMILIA	
Sentirse rechazado por la familia	A B C D
Desacuerdo en casa con el cónyuge	A B C D
No llevarse bien con uno o más de los niños	A B C D
Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa	A B C D
Inseguridad - temor a perder la pareja	A B C D
Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia	A B C D
Deseo de contacto sexual fuera de la pareja	A B C D
Conflicto con los padres	A B C D
Tener distintos intereses que el cónyuge	A B C D

Roces familiares	A B C D
Ruptura matrimonial	A B C D
Problemas de los niños en la escuela	A B C D
Miembro de la familia enfermo	A B C D
Excesivas discusiones en casa	A B C D
Cólera, resentimiento hacia el cónyuge	A B C D
Estar irritado por las costumbres de un miembro de la familia	A B C D
Estar preocupado por un miembro de la familia	A B C D
AREA: PSICOLOGICA	
Tener un mal hábito concreto	A B C D
Problemas religiosos	A B C D
Problemas con la autoridad	A B C D
Objetivos o exigencias	A B C D
Estar obsesionado por objetivos lejanos, inalcanzables	A B C D
Falta de motivación	A B C D
Sentirse muy deprimido algunas veces	A B C D
Sentirse muy nervioso algunas veces	A B C D
Sentirse bloqueado para alcanzar los objetivos	A B C D
Sentirse muy enfadado	A B C D
Preocuparse	A B C D
AREA: OTROS Si algunas situaciones concretas no enumeradas anteriormente interfieren de forma significativa en su vida, escríbalas y evalúelas.	
	A B C D
	A B C D
	A B C D

CUESTIONARIO SOBRE SINTOMAS DE ESTRES

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una X si actualmente presenta o no el síntoma.

Dolores musculares	SI	NO
Cambios de apetito	SI	NO
Insomnio y pesadillas	SI	NO
Sudoración profusa	SI	NO
Náusea, dolor de estómago e indigestión	SI	NO
Dolores de cabeza, mareos	SI	NO
Constipación o diarrea	SI	NO
Pérdida del deseo sexual	SI	NO
Presión alta	SI	NO
Garganta y boca seca	SI	NO
Irritabilidad	SI	NO
Letargo para trabajar	SI	NO
Manos frías	SI	NO
Depresión	SI	NO
Miedo, pánico o ansiedad	SI	NO
Fatiga, dormir en exceso	SI	NO
Hiperventilación o disnea	SI	NO
Incremento en el número de accidentes menores	SI	NO
Falta de concentración	SI	NO
Incremento en la frecuencia de los errores	SI	NO
Cambio en las conductas cotidianas	SI	NO
Falta de ganas de jugar o trabajar	SI	NO
Sentimiento de desesperación o de inutilidad	SI	NO
Pensar constantemente en cosas que no puede cambiar	SI	NO
Taquicardia	SI	NO
Tensión muscular y tics	SI	NO

ESCALA DE ANSIEDAD - TENSION

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una X si actualmente presenta o no el síntoma.

USTED SIENTE LA TENSION, LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD EN:		
La frente	SI	NO
La nuca	SI	NO
El pecho	SI	NO
El estómago	SI	NO
La cara	SI	NO
Los brazos	SI	NO
Las piernas	SI	NO
CUANDO ESTA USTED TENSO, NERVIOSO O ANSIOSO:		
Suda	SI	NO
Su corazón late más aprisa	SI	NO
Puede sentir los latidos de su corazón	SI	NO
Puede escuchar los latidos de su corazón	SI	NO
Se le calienta la cara o se sonroja	SI	NO
Siente frío en la piel y se le humedece	SI	NO
Le tiemblan las manos	SI	NO
Le tiemblan las piernas	SI	NO
Su estómago se le hunde o siente que se le contrae	SI	NO
Siente náusea	SI	NO
Se agarra fuerte o aprieta lo que tiene en las manos	SI	NO
Se rasca una parte del cuerpo	SI	NO
Cuando tiene las piernas cruzadas, mueve el pié de encima	SI	NO
Se come las uñas	SI	NO
Rechina o aprieta los dientes	SI	NO
Tiene problemas para hablar	SI	NO

INVENTARIO 1

1

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de aseveraciones. Piense muy bien cada una de sus respuestas. Sea honrado en sus respuestas. Todo lo que usted tiene que hacer es tachar **SI** o **NO**, según sea el caso.

Me siento solo(a)	SI	NO
Tengo poco apetito	SI	NO
Siento que estoy autodestruyéndome	SI	NO
El futuro se ve poco esperanzador	SI	NO
Me fastidio de cualquier cosa	SI	NO
No quiero tener relaciones sexuales	SI	NO
Estoy aburrido(a)	SI	NO
No me gusta estar con la gente	SI	NO
Me siento culpable de mi problema	SI	NO
Me molestan mis pensamientos	SI	NO
Soy un(a) fracasado(a)	SI	NO
Tengo problemas de sueño o para dormir	SI	NO
Nadie me cuida	SI	NO
Lloro con facilidad	SI	NO
Estoy triste la mayoría del tiempo	SI	NO
No puedo concentrarme	SI	NO
Siento que nadie me quiere	SI	NO
Siento que no puedo enfrentarme a la vida	SI	NO
Me siento con poca ayuda	SI	NO
Me despierto muy temprano en las mañanas, antes de lo que quisiera	SI	NO

65

Mi familia no me importa	SI	NO
Me paso el día sin tener ganas de hacer nada	SI	NO
Tiendo a pensar que las cosas van a salir mal	SI	NO
Soy un(a) inútil	SI	NO
Nadie me quiere	SI	NO
Me siento triste porque no veo una salida a mi problema médico	SI	NO
Es difícil para mí tomar decisiones	SI	NO
Con frecuencia me siento enojado(a) o resentido(a)	SI	NO
Tengo que llevar a cabo un esfuerzo extra para poder hacer algunas cosas	SI	NO
Estoy excesivamente cansado y duermo mucho	SI	NO
Me preocupo demasiado por mi estado de salud	SI	NO
He pensado que no tiene sentido continuar viviendo y sería mejor morir	SI	NO
Tengo insomnio	SI	NO

INVENTARIO 2

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de diferentes problemas. Marque con una **X** si actualmente lo presenta o no.

ANTECEDENTES:

¿Ha padecido o padece alguna(s) de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Úlcera gástrica o duodenal	SI	NO
Gastritis	SI	NO
Colitis	SI	NO
Neurodermatitis	SI	NO
Dolor de espalda	SI	NO
Migraña	SI	NO
Contracturas musculares de cuello	SI	NO
Impotencia	SI	NO
Frigidez	SI	NO
Asma	SI	NO
Ansiedad sin causa aparente	SI	NO
Miedo sin causa aparente	SI	NO

Dolores musculares	SI	NO
Constipación o diarrea	SI	NO
Insomnio y pesadillas	SI	NO
Náusea, dolor de estómago e indigestión	SI	NO
Su corazón late más aprisa	SI	NO
Puede sentir los latidos de su corazón	SI	NO
Puede escuchar los latidos de su corazón	SI	NO
Siente frío en la piel y se le humedece	SI	NO
Le tiemblan las manos	SI	NO
Le tiemblan las piernas	SI	NO
Rechina o aprieta los dientes	SI	NO
Tiene problemas para hablar	SI	NO
Dolor u opresión en el pecho	SI	NO
Hormigueo en los dedos de manos y pies	SI	NO
Músculos tensos y contraídos	SI	NO
Sudoración excesiva no debida al calor	SI	NO
Sensación de un nudo en la garganta	SI	NO
Temblores	SI	NO
Sentir que se aflojan las las piernas	SI	NO
Sentirse mareado, deslumbrado o perder el equilibrio	SI	NO
Sensación de tener dificultad para respirar	SI	NO
Dolores de cabeza o en el cuello	SI	NO
Tener bochornos	SI	NO

EVALUACION DE ESTILOS DE VIDA

A CONTINUACION VAMOS A HACER JUNTOS UN CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA, VAMOS A LEER CADA PREGUNTA Y TRATAR DE DAR LA RESPUESTA LO MAS ADECUADA POSIBLE.

Las siguientes preguntas son acerca de tu familia, decide que respuesta describe mejor a tu familia. Indica si estás muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo. Elige el número que corresponda

1.- En general, que tan satisfecho estás con tu familia?

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) ni satisfecho o insatisfecho
- 4) insatisfecho
- 5) muy insatisfecho

2.- Mi familia espera de mí mas que el solo compartir.

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

3.- Sentimos amor en la familia

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

4.- Nunca sé lo que está pasando en mi familia

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

5.- Resolvemos nuestros problemas en familia aunque éstos sean serios

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

6.- En mi familia cuando algo haces mal nunca sabes que te espera

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

7.- Nos decimos las cosas que nos molestan unos a otros.

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

8.- Es difícil decir cuáles son las reglas en nuestra familia

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

9.- Mi familia trata de dirigir mi vida.

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

10.- Nos tomamos el tiempo para escuchamos unos a otros.

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

11.- Los castigos son justos en mi familia

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

12.- Cuando alguien de la familia está serio no sabemos si está enojado, triste, asustado o ?

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

13.- Somos libres de decir lo que pensamos en nuestra familia

- 1) muy de acuerdo
- 2) de acuerdo
- 3) en desacuerdo
- 4) muy en desacuerdo

14.- ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido abuso físico?

- 1) nunca
- 2) sí, pero no durante el último año
- 3) una vez en el último año
- 4) dos veces en el último año
- 5) tres o mas veces en los últimos doce meses

15.- ¿Recibió algún tipo de ayuda?

- 1) sí
- 2) no

16.- ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido abuso sexual?

- 1) nunca
- 2) sí, pero no durante los últimos doce meses
- 3) una vez en el último año
- 4) dos veces en el último año
- 5) tres o mas veces en los últimos doce meses

17.- ¿Recibió algún tipo de ayuda?

- 1) sí
- 2) no

18.- ¿Te has sentido preocupado o perturbado física o emocionalmente por el abuso físico o sexual que sufrieron en la familia?

- 1) sí
- 2) no

19.- ¿Cuántas tazas de café bebes en una semana normal? (1 semana=7días)

_____ tazas.

20.- ¿Que tan a menudo fumas?

- 1) nunca
- 2) uno o dos, ocasionalmente
- 3) fumé ocasionalmente en el pasado, pero ya no
- 4) fumo ocasionalmente
- 5) fumo diariamente

21.- ¿Cuántos años en total has fumado?

_____ años.

22.- ¿Cuántos cigarros fumas en un día normal?

_____ cigarros.

23.- Sientes que estás fumando mucho?

- 1) sí
- 2) no

24.- ¿Te preocupa que tu salud se afecte por tu manera de fumar?

- 1) no me preocupa
- 2) me preocupa un poco
- 3) me preocupa mucho

25.- ¿Te sería difícil dejar de fumar por completo?

- 1) posiblemente no
- 2) poco difícil
- 3) difícil
- 4) muy difícil

26.- ¿En los últimos 12 meses has ido con un dentista a checarte?

- 1) no
- 2) una vez
- 3) dos o mas veces

27.- ¿En los últimos 12 meses has ido al doctor para un chequeo?

- 1) no
- 2) una vez
- 3) dos o mas veces

29.- ¿Cuando fue la última vez que te tomaste la presión?

- 1) nunca me la han tomado
- 2) no lo recuerdo
- 3) hace mas de un año
- 4) en el último mes

30.- ¿Has tomado medicamentos prescritos sin respetar la orden médica, en los últimos 12 meses?

- 1) sí
- 2) no

31.- ¿Has tomado alguna droga ilegal, en los últimos 12 meses?

- 1) sí
- 2) no

32.- ¿Que tipo de droga has utilizado:?

33. ¿Te has preocupado por tu salud como resultado del uso de este tipo de sustancias?

- 1) no me preocupa
- 2) me preocupa un poco
- 3) me preocupa mucho

34.- ¿Que tan satisfecho estas con tu trabajo actual? (incluye la escuela, o ser ama de casa)

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) insatisfecho
- 4) muy insatisfecho
- 5) no trabajo

35.- ¿Que tan seguido estás estresado o presionado por el trabajo - escuela?

- 1) nunca
- 2) algunas veces
- 3) seguido
- 4) diario o casi diario

36.- ¿Qué tan satisfecho estás con el tiempo libre que tienes para descansar?

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) insatisfecho
- 4) muy insatisfecho

37.- ¿Qué tan satisfecho estás con tus actividades de descanso en las que participas?

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) insatisfecho
- 4) muy insatisfecho

38.- ¿Qué tan satisfecho estás con el balance de tu tiempo entre tu trabajo, persona y vida familiar?

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) insatisfecho
- 4) muy insatisfecho

39.- ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste una persona feliz?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

40.- ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste en calma y en paz?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

41.- ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste muy nervioso?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

42.- ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste triste o apagado?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

43.- ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste deprimido?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

44.- ¿Te sientes estresado?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

45.- ¿Se te dificulta reír o sonreír?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

46.- ¿Te sientes con pocas energías?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

47.- ¿En general la vida te brinda placer?

- 1) todo el tiempo
- 2) la mayor parte del tiempo
- 3) una parte del tiempo
- 4) muy poco tiempo
- 5) en ningún momento

48.- ¿Comes comida frita o refrita? (por ejemplo: papas fritas, quesadillas, etc.)

- 1) nunca
- 2) a veces
- 3) semanalmente
- 4) diariamente

49.- ¿Utilizas manteca para preparar tu comida?

- 1) nunca
- 2) a veces
- 3) semanalmente
- 4) diariamente

50.- ¿Agregas sal a los alimentos ya preparados?

- 1) nunca
- 2) a veces
- 3) siempre

51.- ¿Comes comida chatarra entre comidas?

- 1) nunca
- 2) a veces
- 3) semanalmente
- 4) diariamente

52.- ¿Procuras comer alimentos altos en fibra (pan integral, cereal)?

- 1) nunca
- 2) a veces
- 3) semanalmente
- 4) diariamente

53.- ¿Cuántos refrescos bebes en una semana normal?

_____ refrescos.

54.- ¿Te has sentido preocupado por tu salud, debido a la falta de una adecuada alimentación?

- 1) sin preocupación
- 2) poco preocupado
- 3) muy preocupado

55.- ¿Cuántos días a la semana participas en actividades físicas, por lo menos 20 minutos?

_____ días.

56. Usualmente. ¿qué tan seguido utilizas las escaleras en vez del elevador, caminas o usas bicicleta en vez de tomar el camión o el coche?

- 1) nunca
- 2) de vez en cuando
- 3) la mayoría de las veces
- 4) siempre

57.- ¿Cuál oración describe mejor un día típico en la escuela o trabajo?

- 1) estoy sentado la mayor parte del tiempo, no camino mucho
- 2) estoy sentado o caminando la mayor parte del tiempo
- 3) estoy caminando la mayor parte del tiempo pero no cargo o hago esfuerzos
- 4) cargo o levanto cajas ligeras o subo escaleras

58.- Realizo trabajos fuertes (por ejemplo: empujando, moviendo equipos pesados, haciendo tareas pesadas en casa como aspirar)

- 1) nunca
- 2) de vez en cuando
- 3) la mayoría de las veces
- 4) siempre

59.- ¿Cuántas horas en una semana normal miras televisión, videocintas, videojuegos en computadora, etc.?

_____ hs.

60.- ¿Te preocupa tu salud por el poco ejercicio que realizas?

- 1) no me preocupa
- 2) me preocupa un poco
- 3) me preocupa mucho

61.- ¿Cuál es tu estado civil?

- 1) soltero
- 2) casado o unión libre
- 3) separado
- 4) divorciado

62.- ¿Cuántos amigos o parientes consideras cercanos a ti? (personas con quien te llevas bien y puedes platicar o puedes acudir en busca de ayuda)

- 1) ninguno
- 2) uno o dos
- 3) tres a cinco
- 4) seis o más

63.- ¿Cuántos de estos parientes o amigos cercanos a tí, frecuentas por lo menos una vez al mes?

- 1) ninguno
- 2) una o dos
- 3) tres o cinco
- 4) seis o más

64.- ¿Qué tan satisfecho te sientes del apoyo que puedes recibir de la gente cercana a tí?

- 1) muy satisfecho
- 2) satisfecho
- 3) insatisfecho
- 4) muy insatisfecho

65.- ¿Tus amigos y familiares te hacen sentir amado o valioso?

- 1) no
- 2) a veces
- 3) seguido
- 4) siempre o casi siempre

66.- ¿Pertenece a algún grupo religioso o estás en contacto con la iglesia?

- 1) no
- 2) si

67.- ¿Pertenece a alguna organización o grupo?

- 1) no
- 2) si

68.- ¿Cuántas horas acostumbras dormir (período de 24 hrs)?

_____ hrs.

69.- ¿Tienes problemas para dormir?

- 1) no
- 2) a veces
- 3) seguido pero no diario
- 4) diario o casi diario

70.- ¿Te levantas durante la noche y tienes problemas para volver a dormir?

- 1) no
- 2) a veces
- 3) seguido pero no diario
- 4) diario o casi diario

71.- ¿Pierdes el sueño por estar preocupado o tensionado?

- 1) no
- 2) a veces
- 3) seguido pero no diario
- 4) diario o casi diario

72.- Con respecto al tiempo que duermes ¿sientes que es

- 1) mucho
- 2) es lo correcto
- 3) no es suficiente

73.- ¿Te preocupa tu salud por la calidad del sueño que tienes?

- 1) no me preocupa
- 2) me preocupa poco
- 3) me preocupa mucho

ESTA SECCION FINAL ES PARA CONOCER TU INTERES O DISPOSICION PARA CAMBIAR TU ESTILO DE VIDA EN AREAS QUE TIENEN UN POSIBLE RIESGO O PREOCUPACION PARA TI

74.- En tu alimentación:

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

75.- En tus relaciones sociales

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

76.- En tu forma de dormir

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

77.- En tu interacción familiar

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

78.- En tu consumo de tabaco

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

79.- En tu consumo de alcohol

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

80.- En tu consumo de drogas

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

81.- En tu cuidado médico

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

82.- En tu trabajo y tiempo libre

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

83.- En tu salud emocional

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

84.- En la comunidad en la que vives

- 1) no estoy pensando en cambiar
- 2) he decidido no hacer cambios
- 3) posiblemente cambie algún día
- 4) pienso cambiar pronto
- 5) voy a prepararme para cambiar
- 6) estoy listo para empezar
- 7) quiero empezar a cambiar

TRANSPLANTE RENAL



INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACION _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SINTOMAS MAS COMUNES DE LA ANSIEDAD. LEE CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMACION. INDICA CUANTO TE HA MOLESTADO CADA SENTOMA DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVBE HOY, MARCANDO CON UNA X SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR. (BOCHORNOS).	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4. DIFÍCULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6. SENSACION DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7. OPRESION EN EL PECHO, O LATIDOS ACCELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9. TERROR.	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11. SENSACION DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO.	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR).	_____	_____	_____	_____

TRANSPLANTE RENAL



INVENTARIO DE BECK BDI*

FECHA _____ EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____
ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____

EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DE LA ORACION QUE USTED ESCOGIO. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO, CIRCULE CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. 0 YO NO ME SIENTO TRISTE
1 ME SIENTO TRISTE
2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

2. 0 EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO
1 ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO
2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

3. 0 YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO
1 SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL
2 AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS
3 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA

4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO
1 YO NO DISFRUTO DE LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA HACERLO
2 YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCION DE NADA
3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO

5. 0 EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE
1 ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO

6. 0 YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO
1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO
2 ESPERO SER CASTIGADO
3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

TRANSPLANTE RENAL



7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO
1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO
2 ESTOY DISGUSTADO DE CONMIGO MISMO
3 ME ODIÓ
8. 0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS
1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE
9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO
2 ME GUSTARIA SUICIDARME
3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD
10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL
1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO
2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO
11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR
1 ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES
2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO
12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR
2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE
3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE LO HE HECHO
1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MAS QUE ANTES
2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES
3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES
14. 0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA
1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)
2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO ATRACTIVO(A)
3 CREO QUE ME VEO FEO(A)
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO

TRANSPLANTE RENAL

16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO
2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR
17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO
2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO
3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA
18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL
1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO
2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA
3 NO TENGO APETITO DE NADA
19. 0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE
1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS
2 HE PERDIDO MAS DE CICO KILOGRAMOS
3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS
- A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS
SI _____ NO _____
20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES
1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO, DOLORS;DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACION
2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY DIFICIL PENSAR EN ALGO MAS
3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLE.MAS FISICOS QUE NO FUEDO PENSAR EN NINGUNA COSA OTRA COSA
21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

B. COMPRENSION		Punt. 2, 1 ó 0
1. Ropa		
2. Locomotora		
3. Sobre		
4. Malas compañías		
5. Cine		
6. Impuestos		
7. Mañana		
8. Trabajo infantil		
9. Bosque		
10. Sorda		
11. Terreno en la Ciudad		
12. Matrimonio		
13. Nueces		
14. Golondrina		

C. ARITMETICA				
	C	F	Tiem.	Punt. 2, 1 ó 0
1. 15"				0 1
2. 15"				0 1
3. 15"				0 1
4. 15"				0 1
5. 30"				0 1
6. 30"				0 1
7. 30"				0 1
8. 30"				0 1
9. 30"				0 1
10. 30"				0 1
11. 60"				0 1 ¹⁻¹⁰ 2
12. 60"				0 1 ¹⁻¹⁰ 2
13. 60"				0 1 ¹⁻¹⁵ 2
14. 120"				0 1 ¹⁻²⁰ 2

D. SEMEJANZAS		
1. Naranja—Plátano		
2. Abrigo—Vestido		
3. Hacha—Sierra		
4. Perro—León		
5. Norte—Oeste		
6. Ojo—Oído		
7. Aire—Agua		
8. Mesa—Silla		
9. Huevo—Semilla		
10. Poema—Estatua		
11. Madera—Alcohol		
12. Premio—Castigo		
13. Mosca—Arbol		

E. Ret. de Dígitos	Punt.
Orden progresivo (OP)	Círculo
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9
Orden inverso (OI)	Círculo
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
OP ___ + OI ___ = ___	
Máximo encirculado	