



01968
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

25

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE
EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
LAURA ROJANO GARCÍA

DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. DOLORES MERCADO CORONA

COMITÉ TUTORIAL:

TITULAR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

TITULAR: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

TITULAR: DR. ARTURO MARTÍNEZ LARA

TITULAR: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

TITULAR: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

SUPLENTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D.F.

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.

Con amor a Jesús

*Con cariño a mis padres:
Damián y Serita por ser mi luz, apoyo y alegría.*

*A mis hermanos Edgar Damián y Oscar
por su apoyo incondicional y confianza.*

*A Rubén mi esposo y dulce compañía,
que me animó al logro de esta meta.*

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente a todas y cada una de las personas que me apoyaron en el desarrollo de mi trabajo.

Al distinguido jurado: Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dra. Dolores Mercado Corona, Dr. Arturo Martínez Lara, Dra. Laura Hernández Guzmán, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtro Leonardo Reynoso Erazo, Mtro. Fernando Vázquez Pineda.

A mis maestros por compartir sus conocimientos.

A Sonia, Raúl y Shirley por su amistad, agradable compañía y gentil apoyo.

Al grupo de compañeros del programa "Atención Psicológica a enfermos crónico degenerativos": Raquel, Luz Raquel, Osvaldo, Salvador, Nancy, Teresa, Leticia, Claudia, Janneth, Gustavo, Naara, Edith y Betsabé, por su presencia y apoyo en el proceso de aprender juntos.

A mi amiga y maestra Margarita Bravo Campos por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo.

Al Lic. Miguel Angel Yunes Linares, entonces Director de Prevención y Readaptación Social, y al Dr. Irán Suárez Villa entonces Director del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, por su apoyo en mi desempeño laboral.

Muy especialmente:

A mi tutora y maestra Dra. Dolores Mercado Corona, por su dedicación, paciencia y sabias lecciones.

A mi maestra Rebeca Sánchez Monroy, por su generosidad y disposición para guiar mi aprendizaje.

INDICE

	Página
Introducción.	1
Capítulo 1	
Sede: Hospital Juárez de México, S. S. A.	
Introducción.	5
Características de la sede.	7
Actividades desarrolladas en la sede.	
Programas específicos desarrollados.	10
Objetivos del programa.	11
Método.	12
Procedimiento.	12
Recursos utilizados.	15
Resultados.	15
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa.	16
Evaluación de los programas desarrollados.	17
Actividades académicas dentro de la sede.	17
Descripción de las actividades académicas.	18
Evaluación de las actividades académicas.	18
Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas.	18
Descripción de las actividades.	19
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.	20
Evaluación de las actividades.	20
Asistencia a eventos académicos.	21
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.	21
Evaluación.	
De los programas específicos desarrollados en la subsede y de la subsede.	22
Del sistema de supervisión.	22
Del supervisor <i>in situ</i> .	22
Del supervisor académico.	23
De las actividades profesionales realizadas.	23
De las competencias profesionales alcanzadas.	23
Conclusiones y sugerencias.	25

Capítulo 2

Sede: Centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM.

Introducción.	27
Características de la sede.	27
Actividades desarrolladas en la sede.	
Programas específicos desarrollados.	30
Objetivos del programa.	33
Método.	33
Procedimiento.	33
Recursos utilizados.	41
Resultados.	41
Caso clínico.	42
2º. Programa específico desarrollado.	59
Objetivo.	63
Método.	63
Recursos utilizados.	64
Resultados.	64
Evaluación de los programas desarrollados.	64
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa.	65
Actividades académicas dentro de la sede.	66
Descripción de las actividades académicas.	66
Evaluación de las actividades académicas.	69
Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas.	69
Descripción de las actividades.	69
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.	71
Evaluación de las actividades.	72
Asistencia a eventos académicos.	72
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.	73
Evaluación.	
De los programas específicos desarrollados en la subsede y de la subsede.	74
Del sistema de supervisión.	75
Del supervisor <i>in situ</i> .	75
Del supervisor académico.	75
De las actividades profesionales realizadas.	76
De las competencias profesionales alcanzadas.	76
Conclusiones y sugerencias.	78

Referencias bibliográficas.

Anexos.

1. Diagrama de operatividad del servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México.
2. Formatos de entrevista para receptor de donación de vivo relacionado, de receptor de donación cadavérica, y de donador.
3. Informes de evaluación de receptor de donación de vivo relacionado y de su donador.
4. Caso clínico: "Aspectos cognoscitivos en la evaluación e intervención conductual".
5. Artículo : "Factores psicosociales, ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal".
6. Manual de valoración psicológica para trasplante renal.
7. Diagrama del programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos".
8. Formato de entrevista de exploración.
9. Formato de modalidad del tratamiento.
10. Formato para la elaboración del programa de tratamiento.
11. Hojas de registro para cadena cognitivo conductual, relajación, actividades cotidianas, y solución de problemas.

INTRODUCCIÓN

El proceso de salud - enfermedad ha sido siempre una preocupación para la humanidad, esto se ha manifestado desde épocas remotas cuando prevalecían las concepciones mágicas acerca de su naturaleza, hasta nuestros días donde los estudios científicos muestran hallazgos sorprendentes, tanto de los factores que influyen en determinados estados de enfermedad y sobre sus tratamientos.

La psicología como ciencia que estudia el comportamiento humano, ha participado en diversos campos a lo largo de su historia, uno de ellos es precisamente el de la salud, donde desde la perspectiva conductual, con sus principios y con sus técnicas, han cimentado lo que en los años setenta se denominó medicina conductual como el campo interdisciplinario concerniente con el desarrollo y la integración del conocimiento y técnicas de la ciencia conductuales, psicosociales y biomédicas, relevantes para el entendimiento de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y esas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Belar, Deardoff y Delly, 1987).

Muchos factores han coincidido para el auge de la medicina conductual, como son que los aspectos médicos y conductuales, de forma separada, no expliquen de forma completa, el por qué unas personas enferman y otras no. Así mismo el hecho de que los cambios de la medicina moderna, tanto en el diagnóstico y en el tratamiento de enfermedades crónicas y agudas, haya provocado cambios en estilos de vida. Por otro lado, se ha de mencionar los avances, el desarrollo y consolidación de investigaciones en las ciencias sociales y conductuales, así como el creciente interés en la prevención de enfermedades y salud pública.

Hoy en día, este concepto ha proporcionado dirección a las acciones de los profesionales de la psicología, promoviendo así la excelencia en la investigación y práctica en la medicina conductual, mismos que participan en sus condiciones sociales particulares. Por ejemplo en el caso de nuestro país, el perfil epidemiológico, y los índices de morbilidad y mortalidad indican un panorama en el que los profesionales de la salud deben incidir en forma interdisciplinaria para abordar aspectos de salud, ya que la atención a ésta constituye retos y prioridades en nuestro país y en América Latina.

La labor de los profesionales de la salud, por tanto, se ha abocado al estudio e investigación de aquellos factores que de una perspectiva biopsicosocial, intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Dentro del grupo de dichos profesionales se crea una dinámica multi e interdisciplinaria; siendo en la actualidad, también integrado el psicólogo, con un acervo de conocimientos no sólo de su propia disciplina, sino también de aquellos que atañen a la comprensión del funcionamiento orgánico, así como de los datos sobre signos y síntomas asociados a determinadas enfermedades.

Ante esta necesidad se ha iniciado la formación de profesionales con una orientación en el área de salud. A finales de los años sesenta y principios de los setenta, el avance se vio fuertemente influido por el desarrollo precisamente de la medicina conductual y la biorretroalimentación. Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual.

En la década de los ochenta se establecen en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud. Todos ellos son programas de postgrado y con tendencia a la sub-especialización en alguno de los campos de la atención a la salud. Principalmente, atención primaria, salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos, y adicciones, entre otros. Todos los programas promueven una formación integral e interdisciplinaria con especial énfasis en la adquisición de habilidades y destrezas para el trabajo en equipo multidisciplinario y una fuerte carga práctica clínica en escenarios de los tres niveles de atención a la salud.

En México, en 1986 se establece el primer programa de formación en el ámbito de postgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico es universitario de nivel Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, en el programa de posgrado, se encuentra instituida la Maestría en Psicología Profesional, que contiene un plan especial para la Medicina conductual. En dicho plan se forman profesionales específicamente en campos clínicos de segundo y tercer nivel de atención en salud, para la participación en el grupo de profesionales de la salud, y atender desde una perspectiva cognitivo conductual aquellos aspectos psicológicos relacionados con el curso del padecimiento en sus diferentes etapas (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o incluso deceso), así como realizar trabajo de investigación que vaya conformando un acervo de información acerca del área en Medicina Conductual.

Estos recursos humanos en nuestro país se perfilan a la atención en salud, ahora que la transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país. A diferencia de lo que ocurría hace algunas décadas, actualmente las personas adultas (de 20 años de edad en adelante) representan más de la mitad de la población y las enfermedades que afectan a este grupo de edad constituyen las primeras causas de muerte dentro de la población general, entre las que se pueden mencionar las enfermedades del corazón, los tumores, los accidentes, la diabetes, la enfermedad cerebro vascular, etc. (Programa de Salud del adulto y del anciano, S. S. A., 1995).

El sector salud de nuestro país se enfrenta al reto de proporcionar atención integral a un importante número de pacientes en los diversos centros que brindan servicios de salud; además de mejorar progresivamente esta atención por medio de equipos multidisciplinarios de profesionales del campo.

Dentro de los servicios de atención de segundo y tercer nivel del sector salud, que es donde se atienden la mayoría de las enfermedades de importancia epidemiológica, se encuentra integrado el profesional de la psicología, como miembro del equipo de salud, que participa en la aplicación y desarrollo de estrategias para el manejo y tratamiento integral de los pacientes con estas patologías, pues muchos de éstos muestran aspectos que se relacionan con estados emocionales de reacción ante la comunicación de un

diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa, o con las actitudes, pensamientos y creencias en relación con un tratamiento determinado y expectativas de vida.

La infraestructura operativa y funcional de las Instituciones Públicas de Salud en nuestro país, con frecuencia atiende a una excesiva demanda del servicio, por lo que sus recursos materiales y humanos llegan a ser insuficientes, de tal manera que la atención del psicólogo se proyecta para que realice sus intervenciones, tanto en ámbitos hospitalarios como de consulta externa, frecuentemente sobre los cuadros de depresión y ansiedad.

El presente tiene la finalidad de informar la experiencia como residente de medicina conductual durante el desempeño de sus actividades académicas y de servicio en dos sedes de atención a la salud: El Hospital Juárez de México, de la Secretaría de Salud y El Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En primera instancia se expondrán, por sede, sus características tanto en su estructura como en su operatividad. Lo anterior para contextualizar las actividades académicas desarrolladas, su metodología y las competencias adquiridas durante su realización.

Posteriormente se presenta una evaluación de los programas desarrollados por los estudiantes, así como de las sedes y de las actividades profesionales realizadas. En último lugar se mencionan algunas sugerencias y conclusiones de la experiencia académica y laboral, del programa académico y de las sedes de formación.

CAPITULO 1
Sede: Hospital Juárez de México, S. S. A.

Introducción.

En la actualidad las medidas preventivas como vacunaciones, la mejoría en la higiene y la alimentación, han traído consigo un incremento en la edad promedio de sobre vida, aunado al crecimiento demográfico, cambios de estilo de vida, aspectos económicos, sociales y culturales, han repercutido a su vez en un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas cuyas consecuencias entre otras son: la insuficiencia cardiaca, hepática, renal, respiratoria; enfermedades malignas como: las leucemias, padecimientos que actualmente no tienen tratamiento, excepto el trasplante del órgano o tejido respectivo. Dentro de las 10 principales causas de mortalidad se encuentra la insuficiencia renal que es la pérdida de la capacidad del riñón para eliminar las toxinas de la sangre, lo provoca un aumento de los niveles de estos desechos tóxicos en la sangre (Programa de salud del adulto y del anciano, S.S.A.,1999).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1997

Número de orden	Causa	Tasa por 100 000 habitantes.
1	Enfermedades del corazón	71.8
2	Tumores malignos	54.1
3	Diabetes	38.0
4	Accidentes	37.9
5	Enf. cerebro vascular	26.1
6	Cirrosis hepática	24.1
7	Neumonía e influenza	21.0
8	Afecciones peri natales	20.9
9	Homicidio	14.3
10	Problemas renales	10.8

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 1. Incidencia de enfermedades crónicas en México, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1980-1997

Entre las causas de esta enfermedad se encuentran: un suministro insuficiente de sangre al riñón, hipotensión arterial, hemorragias graves, deshidratación, obstrucciones de los vasos sanguíneos que llegan a los riñones, o del flujo de orina por dilatación de la próstata, por un cálculo urinario o por un tumor que obstruye las vías urinarias. Reacciones alérgicas por fármacos y sustancias tóxicas pueden causar lesiones renales que llevan a la insuficiencia renal (Isselbacher, Adams, Braunwald, Petersdorf, y Wilson, 1980).

Según el Registro Nacional de trasplantes el trasplante de órganos, tejidos y células es, en muchos casos, la única alternativa terapéutica que puede resolver la incapacidad funcional de los órganos o tejidos, producto de enfermedades muy diversas, permitiendo no sólo rescatar la vida del receptor sino, reincorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo.

Para el tratamiento de la insuficiencia renal, se inició en nuestro país en diciembre de 1963 el programa de trasplante de IMSS en el Hospital General del Centro Médico, en 1971 el de la Secretaría de Salubridad en el Instituto Nacional de la Nutrición y en 1974 en el ISSSTE, en el Hospital 20 de Noviembre. En 1976 se introduce a la ciclosporina A al cuadro de medicamentos inmunosupresores, permitiendo sobrevidas excelentes en cantidad y calidad, aún ante discrepancias en los antígenos de histocompatibilidad, lo que abrió no sólo la posibilidad de recurrir a donadores cadavéricos, sino también a expandir la diversidad de órganos, ahora trasplantables como el corazón, hígado, pulmón, páncreas, etc.

Actualmente nuestro país cuenta con 180 centros hospitalarios, tanto del sector público como del privado, autorizados para realizar trasplantes. Los médicos especialistas, compiten satisfactoriamente en calidad con los mejores del mundo. La Secretaría de Salud, elabora la normatividad a través del Registro Nacional de Trasplantes, y con la colaboración de las autoridades estatales de salud y las autoridades judiciales realiza una supervisión continua sobre todo lo que a trasplantes se refiere.

Características de la sede.

El Hospital Juárez de México, desde 1962 ha sido una institución importante atención de salud nuestro país, como tal cuenta con una infraestructura que alberga a 50 consultorios, 10 salas de quirófano, 4 niveles de hospitalización. Además con relación a enseñanza posee 10 aulas como espacio para las actividades académicas de los aproximadamente 300 residentes de las 19 diferentes especialidades y sub especialidades. Administrativamente también se encuentran en sus instalaciones un amplio comedor para estudiantes y médicos y trabajadores, y la infraestructura de mantenimiento que incluye plantas eléctricas.

El Hospital Juárez de México un hospital de tercer nivel y considerado como sede del Centro Nacional de Trasplantes.

Ubicación.

Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, México, D.F.

Nivel de atención.

Tercer nivel de atención.

Servicios de la sede.

En relación con el servicio médico, el hospital cuenta con especialidades propias del tercer nivel de atención, tales como:

Alergia	Ginecología	Nutrición
Anestesiología	Hematología	Obstetricia y planificación familiar
Cardiología	Infectología	Oftalmología
Cirugía:	Imaginología	Oncología
General	Medicina:	Otorrinolaringología
Cardiovascular	Física y rehabilitación	Ortopedia y traumatología
Maxilofacial	Interna	Patología
Pediatria	Nuclear	Psicología y Psiquiatría
Plástica y reconstructiva	Neurología	Reumatología
Endocrinología	Neonatología	Trasplante renal
Endoscopia	Neumología	Terapia intensiva
Endoscopia ginecológica	Neurocirugía	Urología
Epidemiología	Neurofisiología	Urgencias
Gastroenterología	Neurología médica	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede.

La residente fue asignada al servicio de trasplante renal.

Servicio al que la residente se encontró adscrita.

El servicio de Trasplante Renal tiene como objetivo captar a los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica y terminal, que requieren de un trasplante de riñón, ingresarlos a protocolo para recibir donación de algún familiar o de una persona que haya fallecido, y realizar, de ser viable, el trasplante. En el anexo 1 se describe la operatividad del servicio de trasplante renal.

Recursos humanos.

Parte importante lo constituyen los recursos humanos con los que cuenta el servicio de trasplante renal.

Médicos.

Un jefe del servicio, tres médicos cirujanos de trasplante adscritos, incluyendo al jefe del servicio.

Enfermeras.

Debido a la estrecha relación entre nefrología y trasplante renal, las enfermeras realizan actividades de apoyo para ambos servicios. Dicho personal cuenta con 20 enfermeras en tres turnos, 8 durante el matutino de 7:00 a 15:00 hrs. ; 4 por la tarde de 14:00 a 21:00 hrs. , y 8 por la noche.

Residentes.

Dos residentes en cirugía de trasplantes, tres residentes en medicina conductual.

Estudiantes.

No se encontraban estudiantes asignados al servicio.

Otros profesionales.

Una trabajadora social que tiene como función realizar un estudio socioeconómico a los pacientes, condiciones de vivienda y apoyo antes, durante y después del trasplante.

Así como ayudar a los pacientes y familiares a establecer lazos de apoyo con organizaciones civiles para atender su condición de enfermedad (apoyo económico, material para diálisis, o en medicamento). El servicio también cuenta con una persona que realiza actividades administrativas.

El servicio no cuenta con médicos psiquiatras adscritos, sin embargo se mantiene un estrecho vínculo con el servicio de psiquiatría del hospital, quienes avalan y apoyan las apreciaciones realizadas durante las evaluaciones que realizan los residentes en medicina conductual en el servicio de trasplante renal.

Líneas de autoridad.

La principal autoridad en el servicio de trasplante renal lo constituye el jefe del servicio.

Supervisor *in situ*.

Durante este periodo se contaba con un supervisor *in situ* adscrito al servicio de psicología del hospital.

Actividades desarrolladas en la sede.

Programas específicos desarrollados.

Para el desarrollo de actividades de la residente en el servicio de Medicina Conductual, se estableció un convenio entre el Servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México y la Coordinación de la Residencia de Medicina Conductual; en este documento se estableció un programa de trabajo para desempeñar en dicha sede. A continuación se presentaran los objetivos a los que hace referencia dicho convenio y el trabajo realizado como residente, tanto de la forma individual como del equipo de residentes de medicina conductual.

Fundamentación teórica que justifica la elección del programa y de las técnicas a empleadas.

Los hospitales se encuentran organizados con base en subsistemas y especialidades médicas, sin embargo los aspectos psicológicos del cuidado en pacientes hospitalizados se deben atender en todos los servicios. Entre las áreas que son consideradas para la aplicación de técnicas y procedimientos psicológicos para resolver problemas y mejorar el cuidado de los pacientes están: la percepción de la salud y enfermedad, la comunicación entre el paciente y el equipo médico, el progreso de los tratamientos, el estrés que se experimenta por los procedimientos médicos, y el enfrentamiento con la enfermedad crónica (Johnston, Weinman, y Marteau, 1990).

Un factor común en las áreas mencionadas es la falta de información que genera ansiedad, referida como una emoción frecuente en pacientes hospitalizados, ya que además de los problemas de salud, existen expectativas acerca de la naturaleza y consecuencia de la enfermedad en las diferentes áreas de desempeño de su vida. Además la atención ante el tipo de diagnóstico, si éste ya se ha estipulado la inquietud se centra en el tipo de tratamiento y su éxito (Sarafino, 1994).

Ante las situaciones mencionadas, el trabajo del psicólogo en un contexto hospitalario debe estar encaminado a apoyar la adaptación a dicho escenario y procurar la estabilidad emocional, por medio de intervenciones con técnicas y procedimientos conductuales y cognitivos tales como apoyo psicológico, educación e información, intervención en crisis, procedimientos de relajación, imaginería, retroalimentación, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, automonitoreo, re estructuración cognitiva. Dichas técnicas y procedimientos se dirigen a apoyar al paciente para que enfrente los procesos médicos invasivos y no invasivos, y a disminuir la ansiedad progresivamente. La preparación psicológica puede propiciar en los pacientes el sentido de control en su adaptación al ambiente hospitalario (Belar, Deardoff y Delly, 1987).

Algunos otros pacientes hospitalizados pueden presentar síntomas de depresión ante la enfermedad, por lo que las intervenciones cognitivas y conductuales deben dirigirse a colaborar con el equipo médico para restablecer es estado de funcionamiento previo, y propiciar un equilibrio emocional que permita se efectúen los procedimientos necesarios en el tratamiento.

Objetivos del programa.

- ❖ Realizar valoración psicológica de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) para determinar que cumplan con los criterios de inclusión en el protocolo de trasplante.
- ❖ Intervenir en los pacientes con IRCT para convertirlos en candidatos aptos para trasplante.
- ❖ Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes en el periodo pre y postoperatorio.
- ❖ Informar por escrito al Jefe del Servicio las valoraciones realizadas en los momentos que así se requiera.
- ❖ Actualizar los expedientes de psicología con su respectiva nota.
- ❖ Mantener comunicación constante con los pacientes para conocer y solucionar sus inquietudes acerca de los procedimientos y problemáticas psicológicas surgidas por la enfermedad.

- ❖ Realizar revisión bibliográfica que sustente el trabajo de intervención psicológica.
- ❖ Elaborar y llevar a cabo propuestas de investigación que ayuden a satisfacer las necesidades psicológicas de los pacientes del servicio. Siempre con el visto bueno del Jefe de Servicio.

Método.

Las actividades realizadas en el servicio de trasplante renal se expondrán en tres grandes rubros: evaluación, tratamiento y rehabilitación, ya que por la naturaleza del padecimiento es posible la atención al paciente desde su ingreso al servicio hasta su alta y seguimiento médico.

Procedimientos.

Evaluación psicológica.

Las actividades de evaluación se realizaron, desde la primera fase del proceso del trasplante, con entrevistas estructuradas, tanto a los pacientes como al familiar candidato para realizar la donación en el caso de donador vivo relacionado, que exploran datos acerca de la comprensión de la enfermedad, la motivación para la realización del trasplante, la aceptación voluntaria, tanto del receptor como del donador, los aspectos de relación y dinámica familiar, así como de los tipos de apoyo disponibles. En el anexo 2 se presenta el formato de entrevista estructurada para el paciente receptor de donador vivo relacionado, para el receptor de donación cadavérica, y para el donador.

La valoración incluyó la aplicación de instrumentos de medición para detectar problemas psicológicos que la literatura reporta como frecuentes en este tipo de padecimientos, como son ansiedad y depresión. Para ello se utilizaron los inventarios de A. Beck para cada cuadro respectivamente. Por otro lado, y dado que la enfermedad renal crónica causa daños en otros sistemas del organismo, también se evaluaron las áreas cognitivas, por medio de examen mental (Belar, Deardoff y Delly, 1987).

Sin duda la entrevista con los familiares y el paciente fue la técnica que aportó datos importantes con respecto a la expectativa del trasplante, y evidenció situaciones sobre las que el psicólogo podía trabajar para favorecer el éxito de la cirugía. Toda esta

información se estructuró en un informe psicológico para avalar si el paciente y su donador, en el caso de donador vivo, se encontraban aptos para la cirugía. En el anexo 3 se muestran dos informes realizados a un paciente receptor de donador vivo relacionado y de su donador.

Tratamiento psicológico.

Una vez con la información resultado de la evaluación, se identificaron las áreas de posibles problemas, por lo que se establecieron los objetivos de intervención en el aspecto conductual, los cuales con frecuencia estaban en relación con la modificación de ciertas conductas como higiene para prevenir cuadros infecciosos asociados con la diálisis como la peritonitis, hábitos de alimentación, control del peso a través del auto monitoreo del paciente o familiar. Otro aspecto era el relacionado con la comunicación entre el paciente y el equipo médico, ante lo cual se auxilió al paciente y a sus familiares a través de la enseñanza de habilidades sociales a mejorar esta comunicación para obtener información fidedigna y clara acerca de los procedimientos y sus consecuencias (Belar, Deardoff y Delly, 1987).

Otro procedimiento utilizado para la disminución de ansiedad se realizó a través de la desensibilización, con base en la inoculación del estrés (Meichenbaum, 1985), a través de lo cual se exponía al paciente a los escenarios de quirófano, sala de aislamiento, y al personal designado para su atención. De forma complementaria se utilizó la técnica de solución de problemas para apoyar al paciente a generar opciones de solución ante las posibles dificultades que pudiera percibir.

Además se les proporcionó información sobre el periodo de aislamiento, el efecto de los medicamentos inmunosupresores, el manejo higiénico de alimentos y objetos, y del tiempo aproximado de recuperación en función de la evolución del trasplante. Se les apoyó para planear actividades a realizar en dicho periodo, y reunir los materiales necesarios tales como imágenes, objetos decorativos para la sala, autorización para introducir algún aparato electrónico y libros. Todo esto resultó en un reporte subjetivo de disminución de ansiedad.

En el escenario hospitalario los lugares donde se llevan a cabo los procedimientos pueden ser tanto en el consultorio, la cama del enfermo, el laboratorio, el quirófano, o en la sala de aislamiento, por lo que las técnicas se tenían que adaptar a dichos lugares. En el caso de las intervenciones en quirófano, antes de la cirugía, se asistió con los pacientes y/o familiar donador durante el traslado a dicha sala de operación, en el trayecto se les apoyó para disminuir la sensación de ansiedad a través de la práctica de la respiración diafragmática o de la relajación autógena. El psicólogo podía permanecer durante la cirugía bajo la autorización del jefe del servicio. Posterior al acto quirúrgico el trabajo estuvo dirigido a apoyar al paciente en su recuperación monitoreando su estado emocional, y a sus familiares para obtener información acerca del estado del paciente y su evolución.

Durante el proceso también se realizaron intervenciones cognitivas para apoyar al paciente y sus familiares a identificar ideas erróneas acerca de los procedimientos y sus consecuencias. Esto se realizó con la información que proporcionaron los compañeros residentes en cirugía de trasplante acerca de dicho tópico, con la finalidad de propiciar un cambio de la conceptualización del problema, por ejemplo en el caso de los donadores era frecuente la idea de que posterior a la donación iban a quedar restringidas actividades cotidianas como realizar esfuerzos físicos o deportes lo que les generaba temor. Al proporcionarles información acerca del funcionamiento del riñón y de los cuidados que debían de tomar para retomar sus actividades habituales los familiares mostraron mejor disposición al trasplante.

Otro tipo de intervención estuvo dirigida a disminuir los estados emocionales como ansiedad, depresión, y hostilidad a través de mostrar empatía ante la situación que el paciente y familiares vivían, a la expresión e identificación de estilos de pensamiento, su re estructuración, y la búsqueda de apoyo social emocional.

Rehabilitación.

Posterior al evento quirúrgico se prevé que sucedan cambios físicos que implican el funcionamiento del injerto. En esta etapa el paciente se encuentra en aislamiento debido a que el tratamiento médico prescribe fármacos inmunosupresores para disminuir la probabilidad de rechazo del nuevo riñón, por lo que el sistema inmunológico se deprime, y

es factible que se adquiriera alguna infección. La actividad del paciente es restringida, así como las visitas, por lo que el trabajo del psicólogo se centra en monitorear diariamente la evolución médica e identificar conductas que puedan intervenir en una adecuada evolución, así como el estado emocional del paciente y apoyarlo en estrategias de enfrentamiento para tolerar dicho aislamiento. Esta actividad también se realiza con el familiar donador, sólo que debido a la naturaleza de la cirugía (nefrectomía) la recuperación es más rápida que la del receptor.

Otro aspecto a trabajar en la etapa posterior al trasplante, es la adherencia al tratamiento, a través de informar de la importancia de cambios en estilos de vida, el seguimiento de la dieta, las conductas de auto cuidado e higiene, el efecto de los medicamentos inmunosupresores en la apariencia física, así como el re inicio de las actividades laborales y familiares bajo la supervisión médica. Este trabajo se realiza durante la recuperación, alta y seguimiento médico del paciente.

Recursos utilizados.

En cuanto al espacio físico para realizar las evaluaciones y entrevistas se contaba con un pequeño salón de forma ocasional, ya que la mayoría de estas actividades e intervenciones psicológicas se realizaron al pie de la cama del paciente. Durante el trabajo de evaluación se utilizaron los formatos de entrevista estructurada elaborados por el equipo de residentes de medicina conductual en este periodo. Para la exploración de síntomas de ansiedad y depresión se utilizaron como instrumentos los inventarios de Beck para cada uno de los cuadros mencionados.

No habrá de omitirse la participación de los recursos humanos que colaboraban con el residente de medicina conductual, que son los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

Resultados.

Durante el periodo de residencia en el servicio de trasplante renal el equipo de residentes realizó aproximadamente 58 valoraciones psicológicas para pacientes candidatos a trasplante renal y sus posibles donadores, así como aquellos que eran receptores de donador cadavérico. De este total de pacientes me fueron asignados 6

pacientes receptores de donador cadavérico, y 3 pacientes receptores con sus respectivos donadores.

Posterior a la evaluación se realizaron los respectivos informes para su lectura en la asistencia a la reunión del Comité de trasplante, el cual tiene como función evaluar la viabilidad del trasplante renal con base en las consideraciones de los representantes de las diferentes especialidades médicas ahí reunidas.

Se asistió a 4 cirugías de trasplante para acompañar al paciente al quirófano y apoyarlo para disminuir la ansiedad, utilizando la técnica de respiración diafragmática.

Se elaboró la presentación de un caso clínico el cual se presenta en el anexo 4.

Se realizó un documento sobre la relación entre ansiedad, depresión y apoyo social en los pacientes que acuden al servicio. Trabajo publicado en la Revista del Hospital Juárez, el cual se presenta en el anexo 5.

Se trabajó en equipo para realizar el manual de valoración psicológica para pacientes renales candidatos a trasplante renal, el cual se presenta en el anexo 6, y que incluye los criterios psicológicos de inclusión para el trasplante, la valoración psicológica del receptor, donador, el diagnóstico psicológico y la elaboración del reporte respectivo.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa.

Durante la residencia y el desempeño del programa se desarrollaron las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Se trabajó para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos, tanto en el ámbito individual como grupal.

Así mismo se desarrollaron habilidades para la evaluación, el diagnóstico, la elaboración de un plan de intervención en pacientes renales y sus familiares con la aplicación de distintas técnicas conductuales y cognitivas, tales como respiración y relajación, auto monitoreo de conductas que favorecen la adherencia al tratamiento como es el auto cuidado, higiene, identificación de síntomas, entrenamiento en habilidades de comunicación con el personal médico, la desensibilización ante los procedimientos

intrusivos; y apoyo emocional, frecuentemente ante ansiedad y depresión, con técnicas de re estructuración cognitiva durante las diferentes etapas del proceso del trasplante.

Evaluación de los programas desarrollados.

De acuerdo con los objetivos planteados en el programa se considera que se cumplieron a través de la planeación y estructuración de las actividades en el servicio. Con relación al manejo y aplicaciones de las técnicas conductuales estipuladas en el programa se trabajó en el diseño de registros y formatos adecuados para su evaluación, sin embargo dicha empresa aún se encuentra en desarrollo, mismo que servirá de precedente para las generaciones futuras de residentes en medicina conductual.

La demanda del servicio y a la breve estructuración del trabajo psicológico precedente proporcionaron la oportunidad de realizar propuestas de intervención. Con respecto a esto se realizó un trabajo para estructurar y ordenar datos comenzando por la etapa de evaluación, con la creación de un formato y guía para la evaluación psicológica (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado, y Reynoso, 2001).

Actividades académicas dentro de la sede.

Dentro del programa se especifican actividades académicas tales como revisión de literatura referente a la legislación de los trasplantes en nuestro país. Dicha actividad se realizó con el equipo de residentes de medicina conductual, y es de vital importancia por la trascendencia que tiene durante el ejercicio de la práctica médica. Lo anterior se realizó a través de la lectura del documento "Minuta proyecto de decreto que reforma la Ley General de Salud" emitido por el senado de la republica de la LVII legislatura; y del Diario Oficial del 26 de mayo de 2000, ambos consideran la reforma de la ley general de salud donde se menciona el control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos y células de seres humanos.

Se revisó información acerca del Registro Nacional de Trasplantes, órgano de la Secretaría de Salud, que junto con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, ejercen el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos.

Además se realizó una búsqueda y lectura bibliográfica sobre el estado y valoración mental (examen mental) en pacientes con insuficiencia renal, cuyo producto se incluyó en la valoración psicológica.

Descripción de las actividades académicas.

El examen del material bibliográfico médico relacionado con el trasplante de órganos, especialmente del renal, se trabajó con base en las necesidades del estudiante y con el apoyo del supervisor académico. Por otro lado la literatura con respecto la ley vigente sobre trasplantes de órganos, se revisó por los compañeros del servicio con el apoyo también del jefe del mismo, quien contextualizaba dichos textos con diferentes casos. Esta información constituyó un material de mucha utilidad, ya que proporcionó datos para la orientación a pacientes y familiares.

Evaluación de las actividades académicas.

El trabajo como residente en el espacio hospitalario requiere de supervisión constante, ya que a pesar de que existe una operatividad establecida, los casos que ahí se atienden son todos diferentes. Por lo tanto es importante organizar sesiones donde se haga la revisión de dichos casos con literatura especializada y obtener una retroalimentación de la estructuración y efectividad de las intervenciones en el contexto hospitalario. Durante este periodo se cumplió parcialmente este objetivo, pues las actividades se realizaron sólo con los compañeros de la residencia y con tiempo restringido debido a la demanda del servicio.

Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas.

Debido a que el trabajo en el escenario hospitalario se realiza de forma interdisciplinaria, en dos ocasiones la oficina de trabajo social solicitó se condujera una reunión con los pacientes y familiares para abordar temas relacionados con la enfermedad. El primero fue en relación con la "Autoestima en pacientes con enfermedad renal" y en una segunda ocasión "Dinámica de la pareja".

Dentro de la operatividad del servicio también se atendieron interconsultas con del servicio de nefrología y de pediatría. Las intervenciones en estas solicitudes estaban dirigidas a apoyar a los pacientes en estados de ansiedad ante procedimientos médicos, y a la adherencia al tratamiento.

Descripción de las actividades.

Para proporcionar el apoyo al área de trabajo social, se mantenía estrecho contacto a través de la presencia de los residentes en las actividades de orientación a pacientes y familiares, de esta forma se identificaban posibles tópicos a tratar en futuras reuniones. Después de calendarizar las sesiones, trabajo social solicitaba el apoyo con anticipación para comunicar el tema y el objetivo de la sesión. El trabajo de los residentes de medicina conductual era estructurar la sesión, y comentarla en algunas ocasiones para complementarla con opiniones de la trabajadora social. Una vez acordado el contenido se realizaron las sesiones, las cuales incluyeron una introducción al tema con énfasis en aspectos psicológicos que manifiestan los pacientes con relación al tema. Posteriormente se realizaron dinámicas grupales para propiciar la reflexión, el intercambio de experiencias y realizar conclusiones. Las reuniones finalizaron con la información expresada por los pacientes y sus familiares, organizada en breves soluciones útiles para su desempeño cotidiano.

Con respecto a las interconsultas, éstas eran elaboradas por los adscritos o residentes de otros servicios hacia trasplante renal con una solicitud donde se especificaba el nombre del paciente, y la impresión del médico por lo cual solicitaba la interconsulta. Se citaba al paciente o se visitaba en piso frecuentemente. Una vez que se evaluaba el problema, que generalmente era relacionado con estados de ansiedad, se realizaba una intervención breve y por último se anotaba en una hoja de interconsulta un pequeño resumen como forma de comunicar al médico el trabajo realizado y los resultados, de tal manera que fuera información para el apoyo del tratamiento médico.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

El trabajo con el grupo de familiares y pacientes renales constituyó la oportunidad para desarrollar habilidades de manejo de un grupo de personas, ser sensible y perceptivo a las demandas y necesidades, tanto verbales como no verbales, y apoyar al grupo a generar alternativas de solución; así como orientar a través de la experiencia de sus miembros a resolver problemas en común, como el seguimiento de la dieta, obtener recursos materiales, la sexualidad, la actividad laboral, entre otros temas.

Durante el desempeño de actividades no programadas, se adquirieron habilidades de resolución de problemas en pacientes hospitalizados de otros servicios, lo que implicaba centrar el problema de forma específica y realizar intervenciones breves y eficaces.

Por otro lado la comunicación y el trabajo en equipo es una habilidad que ahí se desarrolló, ya que es necesario tener una adecuada información acerca de los pacientes, y de las apreciaciones que el personal médico o de enfermería detecta durante su trato, que frecuentemente es más estrecho.

Evaluación de las actividades.

La colaboración con el equipo de trabajo en el servicio de trasplante renal proporciona la oportunidad interactuar con otros profesionales e identificar elementos en común que pueden beneficiar al paciente. En el caso de las charlas al grupo de pacientes, trabajo social especifica la temática que desde su perspectiva beneficiaría al paciente, e invita a otros miembros del equipo para aportar sus consideraciones en relación con dicho tópico para que también los familiares se vinculen con la información acerca de la enfermedad, y se sensibilicen hacia las manifestaciones emocionales de sus pacientes.

En cuanto a las interconsultas, éstas fueron resueltas con el acervo de conocimiento en técnicas de evaluación e intervención contempladas en el programa, por lo cual cumplió los objetivos de servicio y académicos.

Asistencia a eventos académicos.

El Hospital Juárez constantemente lleva a cabo actividades académicas para el personal médico que ahí labora y se forma, por lo que durante este periodo se asistió al 3er. Curso de psicología hospitalaria " El manejo interdisciplinario de los padecimientos psicológicos y orgánicos", y al "1er. Curso de neurología, psiquiatría y psicología del Hospital Juárez de México". En la Universidad Nacional Autónoma de México se asistió a la conferencia "Temas selectos de derecho y salud" en el Instituto de Investigaciones Jurídicas. En el extranjero se asistió a la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud 2000, en la ciudad de La Habana, Cuba.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

La asistencia a eventos académicos complementa la formación como residente, ya que a través del intercambio de experiencias se crea un acervo de conocimiento que invita a acrecentar el interés en diversas áreas de la salud. Además contribuyó a visualizar al ejercicio profesional como una oportunidad para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas; y una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.

Evaluación.

De los programas específicos desarrollados en la subsede y de la subsede.

El Hospital Juárez de México, considerado como sede del Centro Nacional de Trasplantes, alberga un servicio de trasplante renal, donde acuden pacientes de diferentes partes de nuestro país. Esta característica lo hace un lugar adecuado para realizar las actividades académicas y profesionales de la residencia en medicina conductual, pues además de captar a un número importante de pacientes, también cuenta con un equipo médico de trasplantes, y otras especialidades, que aprecian en su dimensión la importancia del trabajo psicológico, siendo decisiva la opinión de nuestra disciplina para el tratamiento de estos pacientes. Esta actitud restituye en parte la falta de espacios físicos adecuados para realizar intervenciones psicológicas tales como en momentos de crisis, o en entrenamiento en técnicas conductuales.

El periodo de residencia en el Hospital Juárez de México proporcionó la oportunidad de realizar un trabajo psicológico con pacientes que padecen insuficiencia renal crónica, y cuyo tratamiento médico se otorga la posibilidad de diseñar y ejecutar intervenciones desde la fase del diagnóstico hasta la re integración del enfermo a su ámbito familiar. Por esto es necesario realizar una evaluación entre los objetivos, metas, procedimientos y resultados que nos guíen para mejorar la estructura de los programas.

Del sistema de supervisión.

La tarea de supervisión en el escenario hospitalario es de fundamental apoyo para orientar y optimizar las actividades profesionales, pero en ocasiones la demanda del servicio limita dicha actividad por tiempo.

Del supervisor *in situ*.

El papel del supervisor *in situ* en el trabajo psicológico hospitalario es importante para guiar los procedimientos y técnicas con base en su experiencia. Sin embargo en ocasiones el tipo de orientación teórica puede limitar la comunicación.

Del supervisor académico.

Durante el trabajo profesional y académico realizado en el Hospital Juárez de México, el apoyo bibliográfico actualizado que proporcionó el supervisor académico contribuyó al logro de los objetivos.

De las actividades profesionales realizadas.

En el servicio de trasplante renal se realizaron actividades profesionales en los rubros de servicio, docencia e investigación, los cuales están contemplados en la formación durante la residencia. En el aspecto de servicio es fundamental el ejercicio profesional del psicólogo con obediencia a los principios éticos de la profesión, manifestado a través de la responsabilidad, disposición al trabajo, y respeto a los pacientes que atiende, así como al personal médico y compañeros, lo que apoyo el logro de los objetivos.

En el aspecto de docencia las actividades académicas como la revisión de material bibliográfico acerca de la enfermedad y de las manifestaciones psicológicas en pacientes familiares, el trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos, el trabajo en equipo con los residentes de medicina conductual; apoyaron el logro de las intervenciones con técnicas cognitivo conductuales, así como la elaboración de estrategias de tratamiento para los pacientes renales.

Los resultados obtenidos con el desempeño de actividades profesionales contribuyeron a la identificación de necesidades en el servicio, las cuales pueden ser objeto de investigación para valorar la efectividad de las técnicas conductuales y cognitivas en el trabajo con pacientes durante las diferentes etapas del proceso de trasplante.

De las competencias profesionales alcanzadas.

De acuerdo con el objetivo del programa desarrollado, a través de las actividades profesionales se adquirieron competencias para realizar evaluación y diagnóstico de las necesidades del servicio, así como seleccionar las técnicas y procedimientos cognitivo y

conductuales, con base en información bibliográfica, para realizar intervenciones con los pacientes renales y con sus familiares durante el proceso del trasplante.

Por otro lado en el ejercicio de las actividades profesionales se logró participar en programas interdisciplinarios de intervención en un nivel de prevención secundaria, para propiciar la adherencia terapéutica, ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir complicaciones en el funcionamiento del injerto

En la práctica profesional también se desarrollaron competencias para reconocer el vínculo entre el conocimiento científico y la práctica, y así integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos en las acciones realizadas.

La participación con un equipo interdisciplinario permitió desarrollar capacidades para permanecer informado acerca de los procedimientos médicos, el conocimiento de las funciones que cada uno desempeña, el respeto profesional y la constante comunicación entre el equipo para la obtención de resultados exitosos en beneficio de los pacientes y sus familiares.

Conclusiones y sugerencias.

El servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México, es un escenario rico en oportunidades para realizar actividades de servicio e investigación, pues además de tener un nivel de demanda importante y de contar con los recursos suficientes para la atención a los pacientes, cuenta con equipo médico, incluyendo enfermeras y trabajadoras sociales, cuya actitud hacia las actividades que realiza el psicólogo y su importancia en la interdisciplina propicia un ambiente profesional adecuado y cordial.

Para una adecuada coordinación entre los profesionales es necesario contar con una guía de operatividad que delimite en funciones, responsabilidades y procedimientos; por lo que en el caso del servicio de trasplante renal el programa desarrollado apoyó de forma decisiva la estructuración del trabajo psicológico en el servicio, mismo que con la experiencia de sus miembros es claro y preciso.

A través del convenio establecido entre el servicio de trasplante renal y de la coordinación de la maestría, se especificaron las actividades del programa desarrollado, esto permitió acceder a la sede con un esquema de trabajo que incluía actividades ya estructuradas, lo cual constituye una ventaja en el sentido de prestación de servicios profesionales y académicos. Esta estrategia también es susceptible de modificarse, adecuarse y enriquecerse, pues crea un precedente para que con la experiencia de las demás generaciones de residentes se pueda crear un modelo de trabajo psicológico específicamente para este tipo de pacientes.

El ejercicio de la profesión en espacios hospitalarios brinda la oportunidad de realizar un vínculo entre enfermedad y recursos psicológicos en los pacientes. Durante el periodo de residencia en el servicio de trasplante renal se hizo evidente que la actualización y supervisión eran básicas para un desempeño cada vez mejor en eficiencia y calidad, misma que respondiera a las necesidades del servicio. El trabajo interdisciplinario motiva al logro de estos objetivos y crea en el residente una actitud de responsabilidad con los pacientes a su cargo para proveerles de sus mejores herramientas y conocimientos.

La correspondencia entre la teoría y la práctica, el trabajo en equipo, la experiencia de compartir con los pacientes su vivencia de enfermedad y aprender acerca de los procesos psicológicos que se manifiestan tanto en él como en sus familiares, así como la importancia de las acciones del psicólogo en ese proceso son de las enseñanzas más provechosas en mi formación.

Capítulo 2

Sede: Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción.

Durante la década de los setentas en nuestra Facultad de Psicología se comenzó a gestar el proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria para atender a las necesidades y demanda del programa de formación de psicólogos en el área clínica de posgrado y así vincular conocimientos teóricos con la práctica supervisada.

En 1977, se inicia formalmente la creación de centros de atención a la comunidad. Durante el año 1981 fue inaugurado el Centro de Servicios Psicológicos, coordinado por la Lic. Josette Benavides Tourres, con la finalidad de otorgar servicio a estudiantes y a su familia nuclear, y para el desarrollo de docencia e investigación en estudios de posgrado. (Lorentzen, 1986).

Características de la sede.

Desde su inicio el Centro de Servicios Psicológicos estableció los siguientes objetivos:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada al nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada para vincular la teoría y la práctica.
- Desarrollar programas de investigación.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

Ubicación.

Av. Universidad No. 3004, Facultad de Psicología, Sótano del edificio "D", Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Nivel de atención.

Atención de segundo nivel. Los programas proporcionan asistencia en la modalidad de terapia breve (hasta 30 sesiones), en aspectos individuales, de pareja, familiar y grupal.

Servicios de la sede.

Para cubrir los objetivos del Centro de Servicios Psicológicos, se otorgan servicios de segundo nivel, es decir de diagnóstico y tratamiento psicológico, con una gran demanda del mismo, que proviene generalmente de población de los ámbitos universitarios.

Los servicios y programas que brinda el Centro son:

- Terapia familiar.
- Taller para padres.
- Terapia de pareja.
- Retroalimentación biológica.
- Modificación de hábitos alimenticios.
- Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- Programa de atención a bebedores problema.
- Taller para padres de niños con maltrato infantil.
- Terapia con enfoque psicoanalítico.
- Terapia racional emotiva.
- Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.
- Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos.

Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede.

Durante la asignación a la sede "Centro de Servicios Psicológicos", se desempeñaron actividades en el programa de "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos", como residente de segundo año.

Recursos humanos.

El Centro de servicios psicológicos cuenta con 35 terapeutas, 40 estudiantes entre los que se cuentan de posgrado, licenciatura y servicio social.

Los recursos humanos con los que cuenta el programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos" son:

- 1 responsable del programa
- 1 residente de segundo año.
- 2 residentes de primer año.
- 2 tesistas de licenciatura.
- 3 prestadoras de servicio social.

Líneas de autoridad.

Con respecto a las líneas de autoridad, en primera instancia se encuentra la Secretaría Académica, la que dirige a su vez a la coordinación de los centros de servicio a la comunidad universitaria y al sector social, de la cual depende el Centro de Servicios Psicológicos. En el Centro la coordinadora es la principal autoridad, seguida de la responsable del programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos".

Supervisor *in situ*.

Para realizar las actividades de residencia es de vital importancia la supervisión clínica, así como la orientación académica, dichas funciones le competen al supervisor *in situ*, que en la sede del Centro de Servicios Psicológicos es desempeñado por la responsable del programa de adscripción.

FACTA

PAG

30

Durante la fase aguda o crítica de la enfermedad crónica, los pacientes se enfrentan a un diagnóstico que los coloca en un periodo de desequilibrio físico, psicológico y social. Debido a esto, las evaluaciones cognoscitivas que realiza el paciente en relación con sus recursos para afrontar la situación, le indican que éstos son ineficaces momentáneamente.

Se hacen presentes emociones tales como ansiedad, miedo, desorganización, etc. Algunos autores (Postigo y Beneit, 1992) señalan que en dicha etapa se pueden identificar reacciones adaptativas, tales como hacer frente al dolor y la incapacitación, enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos así como establecer relaciones adecuadas con los profesionales de salud.

Además de estas emociones, se presentan otras reacciones características de una crisis personal, tales como dificultad para mantener un equilibrio emocional, para conservar una auto imagen satisfactoria, preservar sus relaciones familiares y de amistad y para prepararse ante un futuro incierto.

Las enfermedades crónicas traen además problemas físicos asociados:

Consecuencia directa de la enfermedad	Derivados de los tratamientos médicos
Dolor	Nauseas, vómito, pérdida del cabello.
Cambios metabólicos	Amputaciones quirúrgicas.
<i>Problemas motores</i>	<i>Efectos secundarios de los medicamentos</i>
Deterioro cognoscitivo	Cambios en hábitos alimenticios, ejercicio, etc.

Cuadro 2. Consecuencias de la enfermedad y de los tratamientos médicos según Postigo y Beneit, 1992.

Además de los problemas físicos, se observan aquellos relacionados con la falta de adherencia al tratamiento médico, los propios en el contexto laboral y social derivados de la misma enfermedad; así mismo se puede observar una baja tasa de reincorporación al trabajo, frecuentemente en forma parcial, con menos responsabilidades.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En lo social, los pacientes suelen tener dificultades para restablecer sus relaciones interpersonales, percibiendo sentimientos de compasión o de rechazo, reales o no, con una consecuente modificación de su actividad social que puede decrementarse o exacerbarse.

En el ámbito familiar, la comunicación con los miembros de la familia, se torna ambivalente, ya que discrepa entre los mensajes verbales y no verbales, creando en el paciente dificultad para interpretar y reaccionar. Además de una nueva dinámica en la familia, creándose un vínculo de dependencia del paciente respecto a miembros de la familia, quien deberá asumir responsabilidades anexas.

Por otro lado, las reacciones emocionales ante la enfermedad crónica pueden identificarse en las diferentes etapas, por ejemplo durante la del diagnóstico se puede presentar perplejidad, desorientación, paralización, negación, y miedo, que puede evolucionar en depresión e ira. Las emociones mencionadas impiden que el paciente adopte el papel activo en el tratamiento de su enfermedad, y manifestar un rechazo hacia el personal médico. Así mismo, estas emociones se presentan en determinadas etapas de la enfermedad con diferente intensidad, no son excluyentes, y no necesariamente tienen una secuencia.

La presencia de estas emociones es normal y el trabajo del psicólogo estriba en su manejo para utilizarlas de forma beneficiosa, y que no limiten el tratamiento y rehabilitación del paciente.

Con el conocimiento del desarrollo de la enfermedad crónica y en un nivel secundario de intervención, se implementa en el Centro de Servicios psicológicos el programa "Atención psicológica para enfermos crónico degenerativos".

Objetivo.

El programa tiene un amplio campo de trabajo pues, además del servicio, apoya a la formación de estudiantes de nivel posgrado en docencia e investigación.

Objetivo general:

En servicio:

Proporcionar atención psicológica, a través de diagnóstico y tratamiento a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, que acuden al Centro de Servicios Psicológicos.

En docencia:

Entrenar a estudiantes de posgrado con residencia en medicina conductual, a los de licenciatura que realizan trabajo de tesis, y a los prestadores de servicio social.

En investigación:

Generar proyectos de investigación con marco cognoscitivo y conductual para evaluar la efectividad, eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos.

Objetivos específicos:

- Identificar y resolver los problemas psicológicos derivados de las enfermedades crónicas por medio del cambio de estilos de vida.
- Colaborar en el tratamiento médico mediante el manejo de los aspectos psicológicos de las enfermedades crónicas.
- Habilitar a los pacientes en el manejo de estrés, ansiedad y depresión relacionados con su enfermedad crónica en el ámbito familiar, laboral, y escolar.

Método.**Procedimiento.**

En primer lugar el paciente realiza una solicitud que le es entregada en la recepción del Centro. Dicho formato se denomina "Ficha de Admisión", la cual contiene aspectos sociodemográficos como son:

Tipo de población a la que pertenece el solicitante, que puede ser universitarios, estudiantes, académicos, administrativos; o público en general.

Posteriormente el solicitante informa su nombre completo, sexo, edad, ocupación, y si es estudiante anota la carrera y el semestre que cursa. En otro apartado expone en un pequeño párrafo y en sus propias palabras el motivo de consulta, y una especificación de la percepción de severidad de la problemática por el mismo paciente en diversas áreas (social, familiar, laboral, académica) en una escala del 1 al 10, siendo 1 nada afectado y 10 severamente afectado. En el anexo 7 se presenta un esquema de la operatividad del "Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos".

El siguiente paso consiste en realizar un análisis de la solicitud, donde de acuerdo con el motivo de consulta, y cuando implica problema de salud, es canalizada al programa de "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos", la cual es registrada en el banco de datos del mismo, que incluye: fecha de elaboración de la solicitud, nombre del paciente, teléfono, terapeuta y co terapeuta asignado, fechas de alta, baja o canalización.

Una vez que se recibe la solicitud se asigna un terapeuta quien realiza una entrevista de exploración, con objetivo de obtener una impresión diagnóstica, misma que se conduce con la siguiente secuencia:

1. Se recibe al paciente, se realiza la presentación del terapeuta y se le indica al paciente la naturaleza de la entrevista.
2. Se corroboran datos generales del paciente. Además se le pide que conteste un cuestionario sobre la presencia de algún padecimiento físico, así como fecha desde que le diagnosticaron y el tratamiento prescrito.
3. Se aborda el motivo de consulta expresado en la solicitud, así como las características principales en términos conductuales (frecuencia, topografía, intensidad, descripción de la primera vez de la presentación del problema y de las subsecuentes).
4. Se exploran los intentos de solución realizados por el paciente y los resultados obtenidos.
5. Se investigan las áreas de la vida del paciente que han sido afectadas por la problemática expuesta.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6. Después de explorar los antecedentes de la problemática, se indaga sobre la manifestación actual de la problemática y la percepción de la dimensión del mismo.
7. Con la información recabada se realiza una conclusión de la problemática expuesta, la cual incluye la vinculación de los aspectos psicológicos con el estado de salud del paciente.
8. Se le ofrece al paciente una propuesta de intervención para su problema, con la explicación de técnicas psicológicas para solucionar los diversos aspectos del problema, haciendo énfasis en el estado de salud.
9. Con la exposición del punto anterior se motiva al paciente al tratamiento, además de explorar sus propias razones para permanecer y responsabilizarse con dicho proceso.
10. Se realiza el cierre de la sesión con la explicación del procedimiento del tratamiento, mencionando que el siguiente paso consiste en una evaluación psicológica en la próxima sesión. Se establece un convenio en relación con el lugar, hora, y cuota del servicio, para asignarle la cita en su carnet de asistencia.

En algunas ocasiones sucede durante la entrevista de exploración se manifiestan reacciones emocionales relacionadas con la problemática, las cuales se expresan como llanto, enojo, imposibilidad para expresar la problemática, silencios prolongados, entre otros. Ante esta situación se realizan intervenciones para solucionar esos problemas en la sesión, las cuales pueden estar enfocadas al manejo de la crisis con diferentes técnicas. En el anexo 8 se presenta el formato de entrevista de exploración.

En una segunda etapa del proceso se realiza, en aproximadamente dos sesiones, la evaluación diagnóstica con la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de ansiedad manifiesta de Taylor
- Cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw
- Inventario de resolución de conflictos
- Inventario de enojo de Spielbergeg
- Escala de depresión de Zung

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los resultados de dichos instrumentos y de la entrevista aportan datos para realizar un reporte de evaluación diagnóstica. Dicha información es ordenada y secuenciada en formatos específicos que integran el expediente clínico, como son:

- Modalidad del tratamiento.- Diseñado para anotar los instrumentos utilizados, sus resultados cuantitativos y aspectos cualitativos, así como propuestas de técnicas a utilizar. En el anexo 9 se presenta el formato de este rubro.

- Programa de tratamiento.- Es el documento guía del proceso de tratamiento, pues en dicho formato se especifican datos de identificación, y de diagnóstico médico y psicológico, el objetivo del tratamiento, la modalidad y las áreas de trabajo. En el anexo 10 se presenta el formato para especificar el programa de tratamiento, mismo que contiene los siguientes rubros:

Definición de la conducta objetivo.- en la cual se deben anotar los excesos, déficit y recursos cognitivo conductuales.

Métodos de recolección de información.- A través de los diferentes instrumentos se especifican las manifestaciones conductuales y cognoscitivas de la conducta objetivo, de lo cual se elegirán aquellas para su monitoreo y registro, con indicadores fisiológicos (si amerita el caso), por parte del paciente y de las personas alrededor del paciente que pueden apoyar este procedimiento.

Análisis funcional de la conducta.- En este rubro se especifican los eventos manifiestos y/o encubiertos que preceden y siguen a la conducta objetivo, así como las recompensas o ganancias por mostrar dicha conducta.

Motivación para el cambio.- Se anotan los aspectos que marcarán la diferencia si existiera un cambio en la conducta objetivo, tanto para el paciente como para las personas que lo rodean (familiares, amigos, personal médico). También se mencionan aquellos reforzadores que pudieran apoyar el cambio en la conducta objetivo.

personas que lo rodean (familiares, amigos, personal médico). También se mencionan aquellos reforzadores que pudieran apoyar el cambio en la conducta objetivo.

Personas significativas para el paciente.- Es importante considerar dentro de la red social del paciente aquellas personas que pueden ser colaborar con el tratamiento como apoyo social.

Factores que mantienen el problema.- Dentro del análisis funcional de la conducta se han de identificar aquellos elementos ambientales o psicológicos que contribuyen al mantenimiento del problema, ya que de esta forma se pueden proponer técnicas específicas para realizar cambios.

Programa de intervención.- En este apartado se resume la información anterior en orden y secuencia para estructurar los objetivos generales y específicos, así como las técnicas, procedimientos y actividades para cada área en la que el paciente se encuentre afectado.

Evaluación del programa de intervención.- Con la finalidad de conocer la efectividad de la estrategia de tratamiento se especifica el monitoreo del programa de tratamiento, la programación del mantenimiento del cambio de conducta, los resultados y la satisfacción con respecto al tratamiento. Estos datos proveen de información que pueden ser útiles en el aprendizaje de la estructuración de los tratamientos similares y constituyen una fuente de retroalimentación para el trabajo del terapeuta.

Una vez que se ha organizado la información de la manera mencionada se realiza una entrevista con el paciente para darle a conocer los resultados de su evaluación, durante la cual se le presenta la formulación clínica del problema motivo de consulta. En esta exposición se delimita el problema y se explica el mecanismo responsable del mismo y como se manifiesta en problemas similares de la vida del paciente. Además se hace énfasis en el papel del aprendizaje en las reacciones a la problemática y la posibilidad de cambio con la línea de tratamiento estructurada especialmente para el paciente.

Si llegará a ser un caso en el que por la problemática requiera de atención especializada por su propia naturaleza o constituya un requisito previo o simultáneo al

Durante esta sesión se ubica la estrategia terapéutica, dependiendo de la problemática, en los niveles de atención que contempla el programa, mismos que a continuación se exponen de acuerdo con sus objetivos.

Durante la fase de evaluación se determina el plan de tratamiento con base en los resultados de la entrevista y de los instrumentos aplicados. Los componentes principales para la elaboración del plan de tratamiento lo constituyen la focalización de la problemática del paciente, el análisis funcional de la conducta problema, estrategias de solución y motivación al tratamiento. El plan de tratamiento se expone al paciente mencionando las técnicas pertinentes para cada aspecto de la problemática, así como el número de sesiones que esto llevará.

Aunque los tratamientos son individualizados, en el programa se ha considerado la intervención por niveles con una estructura que funciona como guía para el desarrollo de las sesiones, misma que a continuación se describe.

1er. Nivel.

Se encuentra documentado que existen factores de riesgo que pueden ocasionar enfermedad, entre ellos se cuenta el aspecto psicológico, frecuentemente identificado como emociones (estrés, tristeza, enojo) ante diversas situaciones cotidianas y de relaciones interpersonales (Postigo y Beneit, 1992).

En el primer nivel se trabaja educación para la salud, en el se realizan intervenciones para mostrar al paciente la estrecha relación entre los problemas que expone, las emociones que le genera y las repercusiones en su estado de salud física. De esta manera el paciente puede aprender que modificando aspectos emocionales y de cogniciones, tiene la posibilidad de incidir en su estado de salud, mejorando su percepción de autocontrol y auto eficacia, además de motivarlo al trabajo terapéutico (Kasl, 1984, Steptoe, y Appels, 1989).

El trabajo del psicólogo en medicina conductual durante el desarrollo de las sesiones en este primer nivel consiste en proporcionar información clara y precisa acerca de la relación entre los padecimientos físicos y/ o psicológicos, del proceso que los vincula.

El trabajo del psicólogo en medicina conductual durante el desarrollo de las sesiones en este primer nivel consiste en proporcionar información clara y precisa acerca de la relación entre los padecimientos físicos y/ o psicológicos, del proceso que los vincula. Con esta intervención se pretende organizar y dar nueva secuencia a ideas o conocimientos para propiciar la adherencia al tratamiento, y facilitar conductas que mejoren la salud.

Las técnicas psicológicas utilizadas en este nivel son la exposición a través de materiales visuales o gráficos, y la biblioterapia, las cuales son de gran utilidad para que el paciente maneje información fidedigna y clara que le permita modificar, con orientación de su terapeuta, las ideas o creencias relacionadas con su padecimiento.

2º. Nivel.

En este segundo nivel se hace énfasis en aspectos sociales que pueden ser de utilidad para el cuidado de la salud. Durante las sesiones se apoya al paciente para que cree o movilice la red natural de apoyo social, la cual puede estar constituida por familiares y amigos. Además se habilita al paciente para identificar, buscar y contactar con instituciones, organizaciones o grupos que le brinden dicho apoyo (Vandervoort, 1999).

La intervención incluye el entrenamiento en habilidades sociales, dirigidas a aspectos específicos que requiere el paciente, por ejemplo mejorar la comunicación con el personal médico que lo asiste, solicitar ayuda, delegar responsabilidades en el núcleo familiar, etc.

3er. Nivel.

En el tercer nivel se contemplan aspectos de afrontamiento a la enfermedad crónica, pues muchas de éstas afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes. Durante el inicio de las enfermedades se presenta una crisis en los pacientes relacionada con alteraciones en sus actividades cotidianas; para posteriormente en el curso de la cronicidad, se presentarán cambios en la actividad física, social, familiar, y laboral, en diversos grados. Lo anterior lleva al paciente a una paulatina adaptación a un trastorno que puede durar toda la vida. (Postigo y Beneit, 1992).

Los pacientes con enfermedad crónica se enfrentan a tales problemas con diversas estrategias, entre las que pueden figurar la negación o minimización de la gravedad, buscar activamente información relevante acerca de la enfermedad y tratamiento, búsqueda de apoyo social con familiares o en instituciones. El profesional en medicina conductual interviene para orientar de forma organizada y planeada las opciones de solución ante limitaciones futuras que surjan como consecuencia de la enfermedad. También proporcionan guía para elaborar metas realistas para dotar de un nuevo sentido a la vida con enfermedad crónica.

Los aspectos relevantes de la intervención en este nivel están dirigidos a enseñar a los pacientes el manejo de las diversas reacciones emocionales que presentan durante la enfermedad crónica, como pueden ser ansiedad, depresión, miedo, angustia e ira. A través del trabajo se busca la conservación de una auto imagen satisfactoria, la modificación de creencias poco adaptativas sobre la enfermedad. Por otro lado, también se proporciona apoyo al paciente para hacer frente al dolor y pérdida de ciertas habilidades como consecuencia de la enfermedad, utilizando las técnicas de solución de problemas y toma de decisiones. En el aspecto social se refuerza el entrenamiento en habilidades sociales para conservar o aumentar la red de apoyo social.

Algunas otras técnicas utilizadas en este nivel son: el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales, la desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, la terapia racional emotiva, la retroalimentación biológica, el condicionamiento encubierto, y el autocontrol.

Finalmente, y como parte del proceso de atención, se realiza una evaluación considerando los datos de entrenamiento, registros y gráficas, además de una aplicación nuevamente de los instrumentos aplicados en un inicio para conocer en qué medida se han cubierto los objetivos del plan de tratamiento, se otorga la alta al paciente. Posteriormente se realiza un seguimiento que puede ser mediante una entrevista y un reporte sobre la satisfacción del tratamiento.

Recursos utilizados.

Para el trabajo terapéutico se utilizaron recurso físicos como las cámaras de Gesell, videgrabadoras; mobiliario para entrenamiento en relajación (diván), e instrumentos de medición para indicadores fisiológicos tales como baumanómetro, termómetro y hojas de registro la cuales se presentan en el anexo 11.

Resultados.

Durante el primer semestre de residencia en la sede Centro de Servicios Psicológicos, el equipo del programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos atendió un total de 56 pacientes, cuyas características se mencionan a continuación:

Tipo de población: Publico en general: 38% Administrativos UNAM: 10% Estudiantes UNAM: 52%	Ocupación: Estudiantes: 42% Hogar: 30% Empleados: 3% Técnicos: 6% Profesionista: 4% Comerciante: 3% Oficio: 8% Sin trabajo: 4%
Sexo: Femenino: 64% Masculino: 36%	Diagnóstico: Ansiedad: 56% Depresión: 44%
Edad: 10-20 años: 19% 21-29 años: 40% 30-39 años: 21% 40-49 años: 14% 50-59%: 6%	Áreas afectadas: Académica: Severamente afectado: 25% Muy afectado: 21% Afectado: 15% Poco afectado: 14% Nada afectado: 25% Familiar: Severamente afectado: 14% Muy afectado: 29% Afectado: 11% Poco afectado: 11% Nada afectado: 8%
Estado civil: Solteros: 64% Casados: 25% Divorciados: 5% Viudos: 3% Unión libre: 3%	

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Escolaridad: Posgrado: 3% Licenciatura: 57% Técnico: 3% Bachillerato: 23% Secundaria: 5% Primaria: 8% Analfabeta: 1%	Amistades Severamente afectado: 18% Muy afectado: 22% Afectado: 19% Poco afectado: 14% Nada afectado: 27%
	Laboral Severamente afectado: 19% Muy afectado: 21% Afectado: 15% Poco afectado: 10% Nada afectado: 35%
	Sexual Severamente afectado: 20% Muy afectado: 20% Afectado: 9% Poco afectado: 14% Nada afectado: 37%

Cuadro 3. Características de la población atendida por el programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos".

Como se observa la mayoría de los pacientes que fueron atendidos por el programa en el Centro de Servicios Psicológicos, son personas que provienen del ámbito universitario, con un promedio de edad de entre 20 y 30 años, época de productividad activa, en su mayoría mujeres. Además de los problemas emocionales vinculados con la ansiedad y la depresión cuyos efectos se manifiestan en diversas áreas de desempeño, principalmente en aquellas relacionadas con aspectos familiares y académicos.

De los pacientes asignados para tratamiento se presenta a continuación un caso clínico.

Sesión 1.

ENTREVISTA DE EXPLORACIÓN

Descripción del problema:

La paciente presenta dolor crónico de cabeza.

Objetivo de la intervención:

Realizar entrevista de exploración para obtener datos del dolor de cabeza.

Técnica de intervención:

Entrevista.

Procedimiento:

Se presentó la paciente en adecuadas condiciones de higiene y aliño, puntual a la cita, se le explicó el objetivo de la sesión y se exploró acerca de la historia del dolor de cabeza y sus especificaciones.

Resultados:**Datos generales:**

Nombre: A. J. F.

Edad: 24 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Motivo de consulta: Migraña.

Historia del problema:

La paciente refiere dolor de cabeza de aparición incipiente a los 10 años de edad y de forma ocasional, con una intensidad en una escala subjetiva del 1 al 10, siendo 1 nada y 10 insoportable, en 2; el dolor era desencadenado por estímulos ambientales como exposición prolongada al sol o por espacios de tiempo largos sin consumir alimentos.

Los dolores fueron en aumento, tanto en frecuencia, duración e intensidad, llegaron a ser diariamente, hasta dos veces al día, y con una intensidad de 10, lo cual se acentuó hace tres años. La consecuencia se manifestó en la paciente en estados de ansiedad y depresión, limitó el desempeño de sus actividades cotidianas, académicas, sociales y familiares, pues cuando el dolor era intenso se mantenía por periodos de tiempo sin contacto social.

Los intentos de solución de la paciente se dirigieron a solicitar la atención médica especializada. Posteriormente comenzó a mostrar conductas de uso y abuso de las dosis especificadas.

Al no obtener resultados satisfactorios recurrió a otros especialistas en homeopatía y acupuntura, sin lograr alivio.

Al llegar la paciente al servicio se encontraba en un proceso de desintoxicación de medicamentos para iniciar un nuevo tratamiento con un neurólogo.

Conclusión de la problemática expuesta:

Paciente que padece dolor de cabeza desde los 10 años de edad, el cual se ha hecho crónico y se presenta con mayor frecuencia, intensidad y duración desde hace 3 años.

Ha recibido por parte del neurólogo el diagnóstico de migraña. Este problema de salud le ha ocasionado problemas en las áreas: familiar, académica, social y laboral. Paciente que expresa adecuada disposición al tratamiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Recomendaciones:

Se le citó para una sesión de evaluación con instrumentos psicológicos.

Observaciones:

Paciente que durante la sesión se observa ansiosa, con conductas como frotarse las manos, tocarse frecuentemente los aretes y llanto. Se le apoyo con muestras de empatía, validación de su experiencia y se le manifestó disposición para la solución de su problema.

Sesiones 2 y 3**Evaluación.****Descripción del problema:**

La paciente refiere dolor de cabeza crónico.

Objetivo de la intervención:

Realizar evaluación con instrumentos psicológicos.

Técnica de intervención:

Aplicación de instrumentos de ansiedad, depresión, resolución de conflictos, cuestionario de habilidades sociales y cuestionario de dolor de cabeza elaborado por Mario Rojas Rusell en 1989.

Procedimiento:

Se presentó la paciente puntualmente a su cita, se le indicó el objetivo de la sesión y de la función de los instrumentos, que es aportar datos que apoyen el diseño del tratamiento. Se le ubicó cómodamente ante un escritorio y se le proporcionaron los instrumentos. Se le apoyo toda la sesión para cualquier comentario acerca de las instrucciones.

Resultados:

Se realizó una valoración de los estados de ansiedad y depresión de la paciente, así como de las características del dolor de cabeza (migraña), y de los recursos psicológicos con los que cuenta a través del cuestionario de solución de problemas y de habilidades sociales. A continuación se muestran los resultados de la evaluación:

Instrumento	Calificación	Interpretación
Inventario de depresión de Zung	Total:40 Índice 50	Depresión mínima.
Escala de ansiedad manifiesta	18 puntos	Estado de ansiedad molesto
Inventario de solución de problemas	86 puntos	Adecuadas estrategias para solucionar problemas.
Cuestionario de habilidades sociales	Habilidades débiles: concentración y autocontrol. Habilidades fuertes: comunicación de sentimientos	Las habilidades de interacción social se desempeñan mejor que las que implican autocontrol.

Cuadro 4. Pruebas psicológicas que se utilizaron durante la evaluación de la paciente.

A continuación se describen las especificaciones del dolor de cabeza:

Antecedentes personales y familiares:

Paciente que ha recibido tratamiento por parte del neurólogo quien diagnosticó migraña, con un período de evolución de tres años. La toma de medicamentos con un patrón que excede las indicaciones medicas ha resultado en una tolerancia a las sustancias, lo cual disminuye o anula su efectividad.

La paciente sufrió traumatismo craneoencefálico a los 7 años sin pérdida del estado de alerta. También refiere problemas de salud como anemia, visuales y gástricos. No existen antecedentes familiares de cefalea.

El dolor se presenta con una frecuencia semanal de 7 veces, calificado con una intensidad de severo, que inicia gradualmente, y en ocasiones es desencadenado por estímulos olfativos como el humo del cigarro, el incienso o algunos perfumes, y no disminuye a menos que se ingieran analgésicos. El dolor se presenta en algunas ocasiones por la noche antes de dormir, y la topografía es prefrontal lateral izquierdo, pulsátil, sin presencia de pródromos.

Análisis funcional del dolor.

Eventos	Antes	Durante	Después
Situación	Asistir a reunión con amigos, y es tarde.	Me dirijo a la reunión.	Con amigos en la reunión.
Físico/ fisiológico	Percepción de que el pulso que comienza a acelerarse.	Dolor de cabeza incipiente.	El dolor cede. Percepción de que el pulso es normal.
Conductuales	Arreglarse para salir.	Manejo aprisa, y tomo el medicamento	Conversando con amigos.
Afectivos	Ansiedad	Ansiedad	Tranquilidad.
Cognoscitivos	"Llegaré tarde, tengo que llegar a tiempo."	"Sí voy a llegar a tiempo."	Voy a disfrutar de la reunión.

Tratamientos contra el dolor:

Inderalici.- (clorhidrato de propranolol) indicado como profiláctico de la migraña, el control de la ansiedad y de la taquicardia por ansiedad. Una dosis inicial de 40 mg 2 ó 3 veces al día puede presentar una respuesta adecuada. Se observa generalmente una dosis de 80 a 160 mg/día.

Melleril.- (tioridazina) indicado para ansiedad, tensión, ansiedad asociada con la depresión.

Ambos medicamentos por un año aproximadamente, como resultado la paciente reporta que no hubo alivio del dolor, y los efectos secundarios, como somnolencia, hipertermia, sequedad de boca, que causaron bajo desempeño escolar.

Posteriormente le fue indicado:

Alidol.- (ketorolaco trometamina) tabletas sublinguales 30 mg. Fármaco anti inflamatorio no esteroide. Analgésico no narcótico, indicado para el tratamiento de dolor leve, moderado e intenso, por ejemplo migraña.

Maxalt.- (benzoato de rizatriptan) que está indicado para el tratamiento agudo de los ataques de migraña con o sin aura. El alivio aparece dentro de los 30 minutos siguientes a

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

la administración La repetición de las dosis es después de dos horas por lo menos. No se deben tomar más de 30 mg en un periodo de 24 horas.

La paciente refiere que éstos medicamentos si le han aliviado del dolor, pero que en ocasiones y ante la severidad del mismo consume dosis dobles y ocasionalmente combina los dos medicamentos.

Recomendaciones:

Comunicar a la paciente en la próxima sesión los resultados y la estrategia de tratamiento.

Observaciones:

La paciente participó con entusiasmo en la evaluación. Con frecuencia se utilizó adjetivos superlativos para el dolor de cabeza.

Programa de tratamiento.

Una persona que sufre de recurrentes dolores de cabeza en primera instancia acude a su médico, quien prescribe un tratamiento farmacológico. Las medicinas pueden ser útiles pero el uso continuo de ellos tiene algunas dificultades por los efectos secundarios que producen, además de que producen alivio temporal.

En una gran proporción de pacientes se pueden identificar varios factores que intervienen en el dolor de cabeza, por ejemplo patrones de sueño vigilia irregulares, alimentos estimulantes (queso, chocolate, alcohol), cambios hormonales, y condiciones ambientales.

Aparte de los factores fisiológicos, los psicológicos y sociales también juegan un papel importante en el desarrollo del dolor migrañoso; uno de ellos es el manejo inadecuado de situaciones estresantes.

En la terapia conductual el tratamiento del dolor de cabeza puede consistir en la aplicación de técnicas que auxilien en el cambio del funcionamiento somático, tales como la relajación y la biorretroalimentación, o la aplicación de técnicas enfocadas al cambio de patrones de conducta o estilos de pensamiento, tales como el entrenamiento en asertividad o la terapia racional emotiva. (Van der Helm-Hylkema, 1990, Rothschild,1993).

A continuación se presenta la estructuración y diseño del programa de tratamiento que se realizó con base en los datos de la entrevista, instrumentos de evaluación y técnicas psicológicas mencionadas como efectivas en el tratamiento de la migraña.

Diagnóstico médico: Cefalea vascular (Migraña común).

La literatura sobre el tópico menciona que todas las cefaleas comparten la tendencia hacia la vasodilatación, fenómeno que representa a la fase dolorosa del ataque migrañoso. También puede haber vasoconstricción, que sería responsable de los fenómenos sensoriales no dolorosos que preceden al dolor.

La migraña común es un complejo sintomático, ya que incluye todo un espectro de alteraciones corporales dentro del cual la cefalea constituye una parte.

En la migraña común la mayor parte de las veces los estímulos se expresan como escotomas o defectos de los campos visuales. Se ha demostrado que las arterias craneanas de los pacientes migrañosos son especialmente reactivas, cualquier estímulo de cierto tipo puede disparar un ataque de migraña en la cual la fase de vasoconstricción representa el vector inicial de la actividad vascular.

A la fase inicial de vasoconstricción sigue la de vasodilatación que provoca la fase de cefalea del ataque migrañoso. Los vasos afectados se tornan dolorosos, este dolor se describe como sordo y pulsátil (Dalessio, 1984).

Actualmente otros autores creen que una causa más probable de la migraña es un desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro, como la serotonina.

Diagnóstico psicológico:

Con base en los resultados de la evaluación se determinó ansiedad. Los especialistas mencionan que la ansiedad aumenta la sensibilidad al dolor o aumenta la capacidad de respuesta al mismo. Esto es uno de los aspectos principales de un componente reactivo del dolor. En situaciones clínicas la ansiedad se asocia con la anticipación del dolor (daño corporal) y en dolor agudo. (Dalessio, 1984)

Objetivo del tratamiento:

Disminuir la ansiedad y automedicación.

Modalidad del tratamiento:

Relajación, autocontrol, y re estructuración cognoscitiva.

1. Definición de conducta objetivo:

- a) Excesos cognitivo-conductuales: automedicación, pensamientos de desesperanza.
- b) Déficit cognitivo conductuales: Falta de control reacción intensa de ansiedad ante situaciones de dolor, lo que lleva a la paciente a automedicarse. Parcial planeación de actividades cotidianas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- c) *Recursos y destrezas cognitivo- conductuales*: Paciente que conoce información acerca del padecimiento, adecuadas estrategias de solución de problemas y un amplio acervo de habilidades sociales.

2. Métodos de recolección de información.

- a) Manifestaciones abiertas de la conducta de la paciente: ingesta de hasta dos dosis durante el día de maxalt o alidol.
- b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta: pensamientos del tipo "¿cuanto tiempo más sufriré el dolor?" ó "el tratamiento no funciona".
- c) Conductas que la paciente monitoreará y registrará: toma de medicamentos, ansiedad, dolor de cabeza, conductas, pensamientos y actividades cotidianas.

3. Análisis funcional de la conducta de dolor:

- a) *Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta*: situaciones estresantes.
- b) *Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta*: estados emocionales de tristeza o inactividad física.
- c) *Ganancias secundarias por emitir la conducta*: atención por parte de las personas significativas (padres).

4. Motivación para el cambio.

- a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?

Para el paciente: disminuir la ansiedad y la frecuencia del dolor de cabeza, mejorar la adherencia al tratamiento, mantener el desempeño de actividades de forma continua.

Para la familia: Mejorar el estado de ánimo ante la enfermedad de la paciente.

Para el médico: Mejorar las condiciones para el manejo de las dosis durante el tratamiento.

- b) *Eventos reforzadores potenciales que apoyen el cambio de conducta.*

Le agrada a la paciente: realizar actividades laborales, académicas, y sociales.

Le desagrada: experimentar tristeza por la inactividad que le produce el dolor de cabeza.

5. Personas significativas para la paciente: Padres, hermanos y amigos.

6. Factores que mantienen el problema: Falta de adherencia al tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Modalidad del tratamiento:

Relajación autógena.

Autocontrol.

Re estructuración cognoscitiva.

8. Programa de intervención.

a) Objetivo general del tratamiento:

Disminuir ansiedad y automedicación.

b) Objetivos específicos:

Identificar situaciones que producen tensión como precipitantes del dolor.

Monitorear y registrar toma de medicamentos y ansiedad.

Entrenar a la paciente en relajación autógena.

Identificar y modificar pensamientos que pueden precipitar el dolor.

Sesión 4.

Descripción del problema:

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Informar a la paciente del plan de tratamiento que se diseñó con base en su evaluación.

Técnica de intervención:

Entrevista, exposición de factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el dolor y su percepción (educación para la salud).

Procedimiento:

La paciente se presentó puntualmente a su cita, se le informó sobre la estrategia de tratamiento que se seguiría, así como las técnicas, procedimientos y objetivos.

Se expuso a la paciente información acerca de cómo ante una enfermedad las personas manifestamos emociones o sentimientos con relación al tratamiento y dolor; así como la interacción con el medio que nos rodea y las relaciones interpersonales que nos brindan apoyo social.

En el caso de la paciente se expuso acerca de los riesgos de la automedicación y de los efectos que tienen en la manifestación del dolor, pues crea datos que no permiten realizar a los especialistas realizar un diagnóstico diferencial.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Resultados:

La paciente participó adecuadamente, pues cuenta con información que ha investigado por cuenta propia desde la aparición del dolor. Así mismo mencionó que es probable que sus estados emocionales influyan en la aparición del dolor o su percepción. Por otro lado reconoció que la toma de medicamentos en dosis altas a su propio juicio le habían ocasionado un efecto "rebote" con relación al dolor, y que actualmente se encontraba en proceso de desintoxicación.

Recomendaciones:

Se le asignó tarea que consistió en realizar registro de actividades, toma de medicamento y análisis funcional del dolor, para establecer línea base.

Observaciones: Se diseñaron los siguientes registros para anotar la presencia del dolor de cabeza, toma de medicamentos y actividades cotidianas.

Registro de dolor de cabeza.

Situación:				
Fecha / hora	¿Qué hago?	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	Intensidad
Antes				
Durante				
Después				

Registro de actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							

Registro de toma de medicamentos.

Fecha / hora	Nombre del medicamento	Dosis

Sesión 5.**Descripción del problema:**

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Revisar los registros y obtener línea base.

Técnica de intervención:

Autocontrol.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Procedimiento:

La paciente se presentó puntual a su cita con sus registros. La terapeuta revisó y analizó junto con la paciente los datos del auto registro. Además vinculó la información con la temática de la sesión pasada para confirmar los aspectos que pueden propiciar el dolor.

Resultados:

En el registro de actividades se observó lo siguiente:

No existe una planeación de actividades fijas.

La paciente asiste a eventos sociales y modifica su patrón de sueño.

En el registro de análisis funcional del dolor se encontró que en dos ocasiones el dolor apareció en situaciones de estimulación ambiental como ir al cine y a una fiesta. En otras dos veces se presentó sin un factor específico, y una última ante pensamientos del tipo "ojalá que no me duela", la intensidad fue calificada en una escala del 1 al 10 en 3, ya que inmediatamente la paciente tomaba el medicamento.

En el registro de toma de medicamento se identificaron los tipos y dosis. El alidol se tomó en 6 ocasiones, dos de ellas combinado con maxalt.

Se le indicó a la paciente cómo los registros nos proporcionan información útil para planear nuestra conducta y disminuir los factores de riesgo, así como buscar alternativas de solución.

Se explicó la cadena conductual con un ejemplo tomado de los registros: si se presenta una situación de estimulación (fiesta o no dormir), existe una alta probabilidad de que se presente el dolor, ante esto comienza a sentir ansiedad, y como consecuencia toma de medicamentos según su criterio.

Recomendaciones:

Se le indicó realizar en casa los registros de presencia de dolor.

Observaciones:

El empleo de registros debe ser sencillo y obtener información precisa de una forma fácil.

Sesión 6.**Descripción del problema:**

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Enseñar y entrenar a la paciente en la técnica de respiración diafragmática.

Técnica de intervención:

Respiración diafragmática.

Procedimiento:

Se revisó la tarea asignada, y se encontró una menor incidencia del dolor, pues sólo se presentó en tres ocasiones. La paciente mencionó que cuidó las conductas de riesgo, que de hecho ya había comenzado desde hace un año. Se le indicó a la paciente el objetivo de la sesión. Se le explicó la técnica y el procedimiento, así como su funcionamiento como precurrente de la relajación.

La paciente se acostó en el diván, se le pidió que cerrará los ojos y colocara una mano sobre su pecho y la otra sobre su vientre. Se le indicó que imaginara el aire fluyendo hacia el interior de su vientre, con el objetivo de respirar para que la mano que tenía sobre el vientre se moviera lentamente, de forma relajada.

Se modeló la técnica y la paciente replicó el ejercicio adecuadamente.

Resultados:

Se realizaron 4 series de dos respiraciones. La paciente reportó bienestar.

Recomendaciones:

Se le explicó a la paciente que la respiración diafragmática es una técnica útil, pues puede llevarla a cabo en diferentes situaciones que considere que siente ansiedad. Se le asignó como tarea realizar los ejercicios en casa en la medida de sus posibilidades de tiempo, pero al menos una vez al día, ya que requiere de práctica para dominar la destreza. También se le indicó realizar monitoreo y registro de dolor de cabeza.

Observaciones: Ninguna.

Sesión 7.**Descripción del problema:**

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Identificar la conducta o pensamiento que precede a la toma de medicamento en dosis sin prescripción médica.

Técnica de intervención:

Autocontrol.

Procedimiento:

La paciente asistió puntualmente a su cita. Se revisaron los registros de tarea y se observó que la ocurrencia del dolor se había mantenido igual que la semana pasada, pero la intensidad había disminuido a 2 en una escala subjetiva. La paciente atribuyó parte del cambio a tener que realizar los registros.

La paciente realizó los ejercicios de respiración en casa, antes de dormir; y al manejar su automóvil en una ocasión, con adecuados resultados. Se revisaron los registros del dolor de cabeza.

Resultados:

Se encontró que la emoción intensa de tristeza o enojo, aparecieron frecuentemente vinculadas al dolor, pues en una semana se presentó dos ocasiones. Con estos datos se estableció una hipótesis para la relación entre emoción, pensamiento, respuesta fisiológica, dolor y toma de medicamentos.

Se especificó la conducta a registrar: los pensamientos asociados al dolor antes de su aparición.

Recomendaciones:

Se le asignó la tarea de realizar registro de los pensamientos y emociones que preceden al dolor. Seguir practicando la respiración y registrar la presencia del dolor. Se le solicitó a la paciente que su neurólogo le indicara si tenía alguna restricción para realizar ejercicios de relajación.

Observaciones:

La paciente se mostró interesada en la vinculación de los datos de emoción y cognición con el dolor.

Sesión 8.

Descripción del problema:

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Continuar el trabajo de la sesión pasada, y entrenar en relajación autógena.

Técnica de intervención:

Autocontrol y relajación autógena.

Procedimiento:

La paciente asistió puntualmente a su cita. Se revisó la tarea e informó sobre la presencia del dolor de cabeza disminuyó, pues el médico le prescribió sibelium 1-0-1 (flunarizina, medicamento indicado como profilaxis de la migraña clásica) con lo que reporta mejoría significativa, al no presentar dolor durante la semana. Por otro lado el neurólogo no señaló contraindicaciones para el entrenamiento en relajación.

Se tomaron los signos vitales de la paciente T/A 120/70, y temperatura 36 grados centígrados.

Se le pidió a la paciente que se recostara en el diván cómodamente y cerrara sus ojos. Se comenzó con una serie de 4 respiraciones y se realizó un reconocimiento muscular a través de la imaginación. Posteriormente se realizó un recorrido por los grupos musculares comenzando con pies, rodillas caderas, manos, brazos, hombros, cuello, mandíbula, frente. Todo este recorrido con repetición de frases como: "me siento tranquila y relajada" "el calor está fluyendo en mi cuerpo, y lo siento pesado, relajado, caliente", "mi respiración es lenta, rítmica, armoniosa y suave".

Se le proporcionaron las instrucciones para realizar una serie de 4 respiraciones, e ir incorporándose lentamente.

Resultados:

Después del ejercicio se tomaron sus signos vitales T/A 100/60 y temperatura de 36.5 grados centígrados. La paciente reportó bienestar.

En los registros de tarea se encontró que los pensamientos más frecuentes asociados con el dolor de cabeza eran precisamente la ausencia de dolor.

Recomendaciones:

Se le asignó como tarea realizar el ejercicio de relajación, y el registro de toma de medicamentos y presencia del dolor.

Observaciones:

Reforzar la toma de medicamento con horario establecido.

Sesión 9.

Descripción del problema:

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Identificar pensamientos que preceden al dolor de cabeza.

Realizar ejercicio de relajación.

Técnica de intervención:

Relajación autógena, autocontrol, re estructuración cognoscitiva.

Procedimiento:

Se revisó la tarea asignada, y la paciente reportó que durante la semana presentó en dos ocasiones el dolor, pero con intensidad 1, lo cual atribuye al medicamento. Se realizó el ejercicio de relajación de igual manera que la sesión pasada. Los indicadores fisiológicos son T/A 120/70 y temperatura 36 grados centígrados. Después del ejercicio T/A 100/62 y temperatura 36.6 grados centígrados.

Se revisó el registro de actividades, pensamientos y dolor de cabeza para plantear opciones alternativas (re estructuración cognoscitiva). Se eligió una situación de registro que implicara dolor de cabeza, se identificó la emoción expresada además con un porcentaje subjetivo que reportó como angustia en un 100%, posteriormente se identificó el pensamiento o imagen durante el dolor, el cual refirió como "otra vez me va a doler". La siguiente etapa consistió en buscar las evidencias a favor de dicho pensamiento basadas en hechos, y expresó que durante la semana se había presentado el dolor.

Por otro lado también se buscaron la evidencias en contra de tal hecho y expresó que en realidad no había sido de forma diaria, y que la intensidad había disminuido en relación con la semana anterior.

Finalmente se le apoyó para sustituir el pensamiento de dolor por uno alterno. Lo cual se expresó como: " si me ha dolido la cabeza pero ha disminuido en intensidad y frecuencia y estoy participando en ello". La emoción que manifestó después fue angustia en un 20% (Greenberger, y Padesky, 1995).

Resultados:

Se encontró que la falta de actividades planeadas propició prolongados tiempos de inactividad, lo que redundó en pensamientos repetitivos acerca de la presencia del dolor de cabeza, el cual podía ser sustituido por otro que le ayudara a disminuir la emoción de ansiedad.

Recomendaciones:

Se le indicó realizar un horario e implementar actividades agradables, así como realizar ahora un registro de toma de medicamentos. Se hizo énfasis en las ventajas de llevar a cabo actividades atractivas como un premio a la toma de medicamento. Además se le proporcionó un formato para que practicara la técnica cognoscitiva que se practicó durante la sesión.

Observaciones:

Cita en 15 días.

Sesión 10.**Descripción del problema:**

La paciente presenta dolor de cabeza crónico (migraña).

Objetivo de intervención:

Realizar monitoreo de conducta de toma de medicamentos.

Técnica de intervención:

Autocontrol.

Procedimiento:

La paciente se presentó puntual a su cita. Se revisaron junto con la paciente sus registros. Se analizaron las actividades realizadas y su grado de satisfacción, así como la presencia del dolor y la toma de los medicamentos.

Resultados:

La paciente integró a sus actividades diarias el ejercicio, e investigó opciones para su desarrollo académico y profesional. Por otro lado refiere que le ha resultado de utilidad el registro de pensamientos alternativos, pues los aplica a otras situaciones que le generan emociones tales como: desesperación y angustia.

Recomendaciones:

Se le asignó como tarea realizar sus actividades y llevar un registro de toma de medicamentos y dolor de cabeza.

Observaciones:

La paciente mencionó que había integrado a su tratamiento la medicina alternativa como apoyo a los ejercicios de relajación. Se le citó en 15 días.

Sesión 11.**Objetivo de intervención:**

Realizar evaluación después del tratamiento.

Técnica de intervención:

Entrevista e instrumento de ansiedad manifiesta.

Procedimiento:

La paciente se presentó puntual a su cita. Se revisaron, junto con la paciente, sus registros. Se analizaron las actividades realizadas y su grado de satisfacción, así como la presencia del dolor y la toma de los medicamentos. Se le indicó que debido a la evolución del tratamiento se le daría de alta. Se le aplicó el instrumento para explorar ansiedad.

Resultados:

La paciente mostró un adecuado control de la toma de medicamentos con el auto registro. Realizó sus actividades diarias puntualmente y refirió agrado por ellas. Se integró a estudios de especialización. Recibió propuestas laborales.

Recomendaciones:

Realizar sus actividades y apoyarse en el registro de toma de medicamentos.

Observaciones: Se observó más relajada durante la sesión, pues las conductas de frotarse las manos constantemente y tocarse constantemente los aretes disminuyeron.

Evaluación del programa de intervención.

a) Monitoreo del programa de tratamiento.

Los resultados muestran que al inicio del tratamiento se disminuyó la presencia e intensidad del dolor, pues en un principio éste se hacía presente de forma diaria y con una intensidad de 3 en una escala subjetiva del 1 al 10, siendo 1 nada y 10 insoportable.

Por otro lado la toma de medicamentos y las dosis sin prescripción se decrementaron a cero, y se estableció una toma del prescrito con un horario antes de dormir.

Las actividades se estructuraron y se encontró más satisfacción en su realización reforzadas por la adherencia al tratamiento.

b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta.

Los registros de actividades y de toma de medicamento funcionaron como elementos para mantener la conducta.

c) Resultados obtenidos.

En la evaluación se obtuvo un decremento de ansiedad de 18 (moderada) a 15 (leve).

d) Satisfacción al tratamiento.

La paciente reportó que las técnicas de relajación y monitoreo le han resultado útiles en el desempeño de sus actividades cotidianas.

2º. Programa específico desarrollado.

Un aspecto importante en el trabajo del caso anteriormente expuesto fue mostrar a la paciente la vinculación entre los elementos biopsicosociales que interactúan en la manifestación del dolor. Dicha estrategia se elaboró y desarrolló en el programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos", misma que se ha utilizado para la prevención del desarrollo de enfermedades crónico degenerativas a través de educación para la salud, en pacientes que acuden al servicio y que se encuentren en tratamiento médico por algún tipo de padecimiento, y en las personas que solicitan atención psicológica por problemas emocionales, lo que también constituye un problema de salud por las repercusiones que se pueden manifestar físicamente.

A continuación se presenta una breve fundamentación teórica que justifica la elección de la técnica enfocada a la prevención.

El reconocimiento por la OMS de los factores conductuales, tales como estilo de vida, motivación, conformidad e interrelaciones psicofisiológicas ha tomado una nueva significación en los esfuerzos hacia la prevención y el control de la enfermedad (Donker, F. 1991).

La medicina conductual en su campo de trabajo contempla el aspecto de prevención, tanto primaria como secundaria, como uno de los más importantes. En el nivel de prevención primaria la atención se dirige a aquellos factores o condiciones del medio,

tanto físico como humano, asociados a la aparición de algunos problemas de salud, con el objetivo de realizar modificaciones para evitar la aparición de enfermedades. Los esfuerzos de los profesionales están dirigidos a fomentar en los pacientes diferentes recursos o conductas saludables que puedan neutralizar a aquellos factores de riesgo.

En el segundo nivel de prevención la atención se dirige a la detección temprana de las conductas de riesgo relacionadas con los diferentes trastornos físicos, con objeto de modificarlos cuando las posibles enfermedades crónicas se encuentran en estado incipiente.

Las estrategias de intervención en éste nivel se pueden estructurar con base en la perspectiva ecológica de interacción entre factores sociales o ambientales, psicológicos y biológicos. Esta forma de concebir a las personas permite la comprensión del conjunto biopsicosocial de la adaptación del individuo a su ambiente (Pérez, 1991).

Se plantea que en esta interacción el estrés se vincula frecuentemente con la aparición de enfermedades (Boone y Christensen, 1997). Aunque la correlación entre los elementos conductuales, emocionales, cognoscitivos y físicos es compleja, se ha encontrado que los pacientes que acuden a atención médica muestran problemas relacionados con el estrés y estilos de vida.

Lo anterior se puede apreciar en el trabajo realizado en el programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos" durante una primera fase se obtuvo información acerca de las características de la población atendida, lo cual sirvió para detectar necesidades, ampliar y mejorar las estrategias de intervención para una población predominantemente joven, universitaria y en donde los indicadores de ansiedad y depresión son frecuentes. Considerando las características de la población atendida por el programa se realizó una revisión de estudios con población universitaria de los campus de la UNAM.

Se han encontrado trabajos en estudiantes universitarios sobre la incidencia de los cuadros de ansiedad y depresión. En un estudio realizado por García (1993) una muestra de 100 estudiantes de diferentes facultades y colegios de humanidades que asisten a los

servicios de Salud mental y medicina general dentro del Centro Médico Universitario se encontró que había una prevalencia de depresión de un 66%, de lo cual el 44% eran mujeres y el 22% hombres. Así mismo informa que la incidencia de depresión se presentó en un mayor porcentaje en estudiantes entre los 19 y 21 años de edad.

En 1995 Medina, y simultáneamente Hernández (1995) investigaron la relación entre eventos estresantes y depresión, y ansiedad respectivamente; en un estudio prospectivo, transversal con estudiantes que acudieron por primera ocasión a solicitar consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Encontraron que los participantes experimentan ansiedad debido a diferentes niveles de tensión debido a aspectos académicos, familiares financieros, de salud, y a pocas estrategias de afrontamiento en el área afectiva, lo cual influye en su desempeño general.

En el caso de la depresión informan que más de la mitad de la población del estudio era predominantemente femenina, y que la sintomatología coexiste con otra entidad mórbida como la ansiedad, lo cual puede conducir a un cuadro depresivo mayor de no ser atendida.

El factor estresante afecta a la población universitaria principalmente ante la demanda del cumplimiento académico, como lo demostró un estudio realizado por Ortiz (1998) con 327 estudiantes de licenciatura quienes manifestaron las situaciones que les provocan ansiedad o interferían con su desempeño y adaptación en la escuela eran, además de las académicas, los conflictos familiares, y la muerte de algún familiar o persona cercana. También encontró que las mujeres manifiestan mayor intensidad de en la percepción de estrés que los hombres, pues estos últimos generan estrategias de afrontamiento más instrumentales, mientras que las mujeres son más emotivas.

Evidentemente la forma en cómo se enfrentan las situaciones problemáticas tiene una repercusión tanto emotiva como física. En relación con esta perspectiva Cárdenas (1995) realizó un análisis exploratorio que describe las características de estrés, estrategias de afrontamiento y uso de recursos sociales. En dicho estudio participaron 321 estudiantes universitarios de licenciatura, y fueron evaluados con la Escala de Salud y

Vida Cotidiana elaborada por Moos y colaboradores en 1984 que contiene una serie de índices relacionados con la salud. Se encontró que los universitarios reportan índices apropiados de funcionamiento dentro de los rangos normativos correspondientes, que el afrontamiento es de forma activa y está en relación con la escolaridad; además considera que las redes sociales propician la búsqueda de soluciones, lo que redundaría en un estado de salud apropiado.

Esta forma de conducirse en el desempeño general de universitarios ha propiciado otros estudios para indagar estilos de vida saludables en esta población, como el realizado por González y Guevara (1999) en una muestra de 180 estudiantes, con un promedio de 25 años, y de ciencias de la salud, y de ciencias sociales, quienes contestaron el cuestionario "Health fitness survey of Virginia Tech Faculty and Staff" en relación con la actividad deportiva, uso del tiempo libre, culturales y recreativas, así como de hábitos de alimentación, consumo de cigarrillos, periodos de sueño, y relaciones de pareja.

Los resultados muestran que los estudiantes de ciencias sociales no hacen ejercicio, consumen de 1 a 10 cigarrillos y bebidas alcohólicas. Además los hábitos de alimentación que practican son inadecuados y se encuentran frecuentemente en estados de tensión elevados que resulta en una salud negativa en comparación con los de ciencias de la salud. No así en el aspecto de relación de pareja, en donde no hubo diferencias ya que refieren una relación satisfactoria, a mayor tiempo dedicado a la relación mejor estado de salud.

La literatura agrega algunos otros factores que se han incluido en programas para la optimización de la salud con fines de prevención, como son: el conocimiento de la naturaleza y consecuencias del estrés como elemento que interviene en la activación endocrina y vegetativa, la promoción de cambios de estilos de vida, entrenamiento en relajación, reestructuración cognoscitiva, mecanismos de enfrentamiento, entrenamiento en habilidades sociales y apoyo social (Stachnik, Stoffelmayr, y Hoppe, 1983; Matarazzo, 1984; Orlandini, 1999). A continuación se presenta el programa de intervención para la prevención del desarrollo de enfermedades crónico degenerativas a través de educación para la salud:

Objetivo:

Informar y entrenar al paciente en conductas protectoras de la salud.

Método.

- Población: Todos los pacientes que sean canalizados al programa "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos" en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Procedimiento:
 - Se realiza la entrevista de exploración
 - Se le aplica el cuestionario de salud.
 - Se identifican factores de riesgo y protectores, dependiendo de la enfermedad o síntomas de algún cuadro clínico que presente el paciente, por ejemplo: gastritis, colitis, dolor de cabeza, hipertensión, etc.
 - Se establece la relación entre esta sintomatología y los aspectos emocionales manifestados en el motivo de consulta.
 - Se establecen las características de las conductas (frecuencia, intensidad, duración, topografía) y se diseñan hojas de registro para establecer la línea base.
 - Se diseña la sesión en la cual se expone ante el paciente la relación entre estados emocionales y enfermedad; de la importancia del manejo del estrés y de la ventaja de desarrollar o mantener conductas protectoras, así como disminuir factores de riesgo para la salud, redundando en estados emocionales equilibrados con el físico.
 - Si el paciente manifiesta una enfermedad ya diagnosticada se le apoya para la adherencia al tratamiento.
 - Se inicia el tratamiento y durante éste se monitorean los cambios a través de las hojas de registro.
- Técnicas:
 - Expositiva.- Se realiza una breve exposición gráfica de la relación entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con énfasis en la importancia de mantener la salud.
 - Auto observación conductual.- Es una técnica utilizada en el marco de la evaluación conductual, pues permite la obtención de información precisa y válida, obvia los problemas de interpretación y presenta características motivacionales. Por sí mismo

el registro de la auto observación modifica la conducta en el sentido esperado. El procedimiento incluye la definición de la conducta objetivo, la selección del método de medición, la selección y elaboración de la hoja de registro, el entrenamiento para su llenado y la representación gráfica.

Autocontrol.- Tiene como objetivo dotar al cliente con una serie de estrategias que le permitan enfrentar problemas de diversa índole que puedan aparecer en su desempeño cotidiano. Dentro de los programas de autocontrol se incluye la auto observación y la planificación de las consecuencias.

Solución de problemas.- Esta técnica está dirigida a facilitar la búsqueda de soluciones a situaciones que las personas no saben cómo enfrentarse. Esta técnica tiene como objetivo capacitar a los pacientes para tener una perspectiva de los problemas distinta, lo que les permite abordarlos de una manera eficaz. Lo anterior se logra a través de enseñar a especificar el problema, buscar objetivos alternativos, seleccionar y valorar las estrategias para su logro, llevar a cabo la alternativa elegida y evaluar los resultados.

Recursos utilizados.

Para la realización del programa se utilizaron los formatos de entrevista de exploración, pizarrón, gises, hojas de registro.

Resultados.

La estructuración y estrategias del presente programa se realizan durante los tratamientos que los terapeutas asignados al servicio, lo cual inició en el mes de enero del presente año, por lo que aún no se cuenta con resultados.

Se espera que a la alta del paciente, éste haya resuelto la problemática emocional y se observe un aumento de conductas protectoras y/o una disminución de factores de riesgo en estilos de vida.

Evaluación de los programas desarrollados.

El trabajo del psicólogo en medicina conductual en la prevención de enfermedades a través del tratamiento conductual y cognitivo permite tener una perspectiva integral de la persona o paciente. En este sentido el programa ha resultado favorable para que en la práctica profesional siempre se tenga presente el vínculo bio psico social, lo cual otorga

posibilidades de intervención y solución de los problemas del paciente, además de mostrar al paciente una alternativa al cuidado de su salud.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa.

Durante el trabajo realizado en el programa se desarrollaron competencias profesionales para evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de salud. Se desarrollaron estrategias de intervención dirigidas a la prevención secundaria. El trabajo en equipo, importante en la actividad profesional en el campo de la medicina conductual, se desarrolló y fortaleció a través de la coordinación, comunicación y disposición para el trabajo. En relación con la práctica clínica se adquirieron competencias para la selección, manejo y evaluación de técnicas y procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento, lo cual implica el conocimiento del vínculo entre fundamentos teóricos y la práctica profesional.

Evaluación de los programas desarrollados.

En relación con los objetivos académicos, durante el presente periodo de desempeño de actividades en la residencia, aunque en un contexto diferente al hospitalario, se cubrieron en su totalidad en los aspectos de servicio, docencia e investigación.

La presencia de un modelo de servicio de atención psicológica que contempla de forma estructurada y secuenciada los objetivos y actividades del servicio a pacientes, apoya a las actividades de aprendizaje del alumno en el diagnóstico y evaluación. Probablemente en este punto un aspecto importante es enseñar a los pacientes el vínculo de las diferentes esferas de su desempeño cotidiano y su repercusión en el área de la salud.

Por otro lado, la actividad de servicio se complementa con la de supervisión en cascada, la cual habilita al estudiante en apoyar y orientar a sus compañeros contando además de sus conocimientos, con un modelo de supervisión.

Por último, el servicio que se brinda a través del programa permite al alumno identificar problemas que pueden ser objeto de investigación, tal como es la evaluación

del mismo programa, los resultados en términos de estrategias de intervención y satisfacción del paciente cuando concluye su tratamiento.

Actividades académicas dentro de la sede.

Las actividades académicas que se realizaron como residente en el Centro de Servicios Psicológicos dentro del programa de "Atención Psicológica a enfermos crónico degenerativos " son de supervisión por parte de la responsable del programa, seminarios, revisión de casos clínicos, y co terapia. Estas actividades se realizaron conforme al modelo de supervisión que se encuentra contemplado en el programa y que se describe a continuación.

Descripción de las actividades académicas.

La actividad académica más rica en el proceso enseñanza - aprendizaje de los residentes de medicina conductual es la supervisión, la cual se realizó con una la siguiente secuencia:

1. Tener organizado el expediente clínico con los documentos de solicitud, hoja frontal, última nota psicológica, programa de tratamiento, instrumentos utilizados, y entrevista de exploración. Con el expediente en orden se facilita el manejo de la información ante la supervisión.
2. Se expone brevemente el caso al supervisor con los datos más relevantes, que incluyen la ficha de datos generales, motivo de consulta, impresión diagnóstica, instrumentos y resultados, cadena conductual de la problemática en un esquema.
3. El residente expone las dudas en cuanto al manejo de técnicas y procedimientos en una problemática específica.
4. El supervisor retoma los datos del caso, ordena la secuencia y apoya al residente a generar alternativas para resolver la problemática expuesta.

5. Enseguida se realiza un ejercicio de retroalimentación, donde se intercambian aspectos técnicos de los procedimientos y se identifican aciertos y aspectos a mejorar.
6. Con esta nueva perspectiva de la problemática y soluciones posibles se integra un esquema de acción terapéutica, detallando los aspectos de técnica de intervención.
7. Se realiza un ejercicio de entrenamiento y/o simulación del procedimiento, donde la supervisora funciona como modelo y apoya al residente para moldear las conductas que hagan efectivo dicho procedimiento.
8. El supervisor sugiere a la residente bibliografía especializada para ampliar y mejorar el empleo de la técnica de intervención en la problemática expuesta.
9. Una vez estructurado el caso y resuelta la problemática se programa su presentación de temas específicos en la supervisión académica grupal.
10. Se programa también la presentación del caso clínico en las sesiones de casos clínicos.
11. Por último, la supervisora realiza la detección oportuna del impacto del caso clínico en la estabilidad emocional del residente, y le brinda apoyo vinculando la temática con el ejercicio profesional y la revisión de lecturas especializadas.

La revisión de casos clínicos, es producto de la supervisión y se expone en la siguiente secuencia:

1. Exposición de los datos generales del caso.
2. Motivo de consulta y focalización del problema.
3. Esquema de la intervención mencionando objetivos generales, específicos y procedimientos con sus respectivas técnicas cognitivo conductuales.
4. Breve descripción del proceso.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5. Problemas presentados durante el proceso, los cuales han interferido en los resultados esperados de sesión a sesión, aquí se mencionan los problemas de sesión y de procedimiento.
6. Exposición de la estrategia para la resolución de la problemática considerando los aspectos cognitivos y conductuales de la información en el expediente.
7. Se realiza una conclusión apoyada de literatura al respecto.
8. Se establece un tiempo para preguntas y comentarios al caso por parte de los miembros del equipo del programa.

Otra actividad académica es la realización de seminarios, en los cuales se establece material bibliográfico de un tema específico, generalmente de técnicas de intervención cognitivo conductuales aplicadas al manejo de enfermedades crónicas.

La supervisión académica no solo se realiza en el aula, sino que también en la práctica en vivo a través de la co terapia. Como residente de segundo año una de las funciones realizadas fue asistir con la supervisora las sesiones de un caso que ella designara para realizar aprendizaje por observación, a la vez que se le realizaba la respectiva nota psicológica de la sesión, lo cual implica un ejercicio de abstracción y manejo de información de los diferentes momentos de la sesión.

Otra modalidad es la co terapia con la supervisora como co terapeuta y el residente como terapeuta responsable. Durante la asistencia a las sesiones la supervisora toma nota de las habilidades y competencias del residente ante el paciente, desde las básicas de componentes conductuales de relación, hasta las del manejo de técnicas y procedimientos.

Después de las sesiones se realiza la retroalimentación, donde el residente expone, según el caso en el que haya participado, las características de la sesión, las técnicas y procedimientos utilizado, los resultados y dudas o comentarios. A su vez la supervisora indica al residente aspectos a mejorar y refuerza sus logros.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Evaluación de las actividades académicas.

Durante este periodo en la residencia se realizó un aprendizaje en diferentes modalidades de supervisión, lo que consolida los conocimientos del residente, tanto como aquella persona activa que realiza un trabajo terapéutico, como la que apoya con su conocimiento y experiencia a otros compañeros. Esta actividad requiere un compromiso de constante actualización y de estrategias para promover el aprendizaje, además de desarrollar en el residente una habilidad para abstraer los datos más importantes, vinculando el conocimiento de la técnica y procedimiento con una manera de comunicar y recibir la retroalimentación.

La supervisión hace evidente la disposición y experiencia con la que la supervisora guía las acciones y el aprendizaje del residente, haciéndola una actividad académica de las más ricas en conocimiento y de formación, que además crea un vínculo de trabajo profesional cordial entre la supervisora y sus alumnos.

Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas.

El servicio que presta el programa se extiende hacia instituciones de salud que lo soliciten, como es el caso del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el cual a través de su departamento de psicología experimental contactó con nuestra supervisora para solicitar que se realizaran conferencias a familiares de pacientes con enfermedad neurológica (parkinson, enfermedad de Huntington, epilepsia, ataxia, demencia).

Descripción de las actividades.

El objetivo principal de las reuniones con familiares y pacientes neurológicos es:

- Apoyar a los grupos de apoyo, con la dirección de un profesional de medicina conductual para promover el efecto protector del apoyo social, fomentando la competencia adaptativa en el enfrentamiento a situaciones de crisis y transiciones vitales (Barrón, 1996) por medio de objetivos específicos:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- ✓ Fomentar el manejo emocional de los mismos.
- ✓ Ofrecer guía, consejo, información sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos.
- ✓ Ofrecer retroalimentación sobre la conducta individual para mejorar la actuación basada en una adecuada auto evaluación.
- ✓ Enfatizar el efecto protector del apoyo social que puede amortiguar los efectos de las situaciones estresantes.

Las reuniones se realizaron con una secuencia que permitió alcanzar los objetivos satisfactoriamente, la cual se describe a continuación:

- Introducción al proceso de la enfermedad y los impactos que ésta tiene en el paciente y su entorno incluyendo la familia.
- Proporcionar información sobre el padecimiento.
- Dinámica de participación para que los asistentes, pacientes y familiares, comentaran sus experiencias con la enfermedad.
- La ponente dirigió las participaciones y ordenaba las experiencias en dos rubros básicos, tanto para pacientes como para familiares, que son los cambios conductuales y los emocionales ante la enfermedad. Así como especificar conductas de pacientes y familiares que pueden ser modificadas y ofrecerles soluciones prácticas.
- Se dirigió al grupo a través de una dinámica para generar opciones para la resolución de problemas en aspectos conductuales, lo cual es útil en estos pacientes, ya que la actividad cognoscitiva se deteriora progresivamente.
- Se retomaron los aspectos emocionales y se contextualizaron en el curso de la enfermedad, para sensibilizar al auditorio a conocer que dichas reacciones son normales en una situación de enfrentamiento, y que las acciones que realizan para su control pueden amortiguar el impacto del evento estresante, en especial si cuentan con apoyo social, ya sea de tipo instrumental, material o emocional.
- Se realizó un resumen de la reunión para orientarles a contemplar que la enfermedad lleva a los pacientes a un tipo de deterioro que requiere de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los recursos de una red de apoyo social que les sostenga incluso cuando el fallecimiento sea próximo.

- Finalmente se les invito a seguir reuniéndose y a intercambiar experiencias para aprovechar soluciones que hayan sido efectivas en otros pacientes. También se les informó del servicio que presta el programa para que asistieran en el caso de requerirlo (White, 2000).

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

La intervención grupal del residente en instituciones de salud requiere del manejo de grupo y la sensibilidad hacia la problemática en común que los asistentes presentan. Esta es una habilidad que el ponente desarrolla ya que debe en primera instancia informarse de las características de la enfermedad. En el caso de los padecimientos neurológicos, el deterioro cognoscitivo es el más evidente, por lo que a diferencia de otros padecimientos, no se cuenta con la integridad del paciente para informarle de una forma estructurada o compleja. Así mismo el deterioro es progresivo hasta llegar a ser limitante en las áreas motoras y cognitivas, como es el caso de la enfermedad de Huntington, por lo que el paciente depende totalmente del cuidador, lo que genera situaciones estresantes ante una nueva organización de estilo de vida para ambos.

Durante la dirección de la reunión se responden las inquietudes, dudas, o comentarios de los asistentes que exponen sus casos particulares, esto se realiza a través de la escucha atenta y la invitación a los miembros del grupo para que participen con sus comentarios acerca de acciones que les han resultado útiles ante situaciones similares. El papel del ponente es regular los comentarios, ordenarlos y volverlos a exponer para que sean respuesta a las preguntas de los asistentes, de esta forma se le enseña a la audiencia a escuchar a los demás, a sensibilizarse y otorgar apoyo, lo cual es la función del grupo. Para realizar dicho trabajo se desarrolló la habilidad del manejo de la técnica de solución de problemas ante un grupo.

El trabajo con el grupo es importante para poder tener una perspectiva integral del impacto de la enfermedad, tanto en los pacientes como en los familiares. Así mismo habilita al residente a establecer una comunicación con el grupo que le permita

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

retroalimentar la información vertida de la reunión en posibilidades para el cambio conductual y el manejo de ciertas emociones ante la enfermedad, así como las estrategias para la búsqueda de apoyo recíproco en el grupo.

Evaluación de las actividades.

El objetivo del trabajo con el grupo de auto ayuda de familiares y pacientes con enfermedad neurológica proporcionó la oportunidad para abordar el aspecto preventivo en familiares, como un grupo de riesgo ante el constante estrés al que se encuentra expuesto, pues un cuidador de un enfermo crónico degenerativo desafia problemas emocionales, físicos, y financieros, que en frecuentes ocasiones no tiene suficientes recursos para enfrentar esas demandas (Llewelyn, 1998).

Las habilidades profesionales para la dirección del grupo de auto ayuda, el conocimiento del proceso de enfermedad neurológica, y el manejo de técnicas como las de solución de problemas y toma de decisiones; utilizadas como recursos para conducir el grupo fueron adecuadas para conseguir el cumplimiento del objetivo principal que es promover el apoyo social.

Asistencia a eventos académicos.

Otras actividades que complementan la formación como residente es la asistencia a eventos académicos especializados en el campo de la salud. En el presente periodo se asistió al Simposium satélite "Nuevas alternativas terapéuticas para los trastornos del dormir" impartido en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. En este evento se trató acerca de los diversos trastornos en el periodo de sueño que pueden causar afecciones en la salud, así como propuestas terapéuticas para su tratamiento, entre ellas el promover la higiene del sueño, como un hábito que previene la presencia de trastornos del dormir como es el insomnio.

En correspondiente a la asistencia a congresos, se asistió a los siguientes eventos: "1er. Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud", en la cd. De Veracruz, Ver., y al XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. La asistencia a estas actividades aumenta el acervo de conocimiento para el mejor manejo de pacientes en el

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

campo de la salud, ya que en los foros se exponen los procedimientos recientes del cambio en la conducta.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

La asistencia a eventos académicos complementa la formación como residente, y ha ayudado a desarrollar la apreciación de los trabajos expuestos, la metodología y la relación profesional con los ponentes y asistentes, lo cual también debe ser una habilidad para el trabajo en equipo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación

De los programas específicos desarrollados en la subsede y de la subsede.

La estructura del programa ha permitido que las funciones y responsabilidades en la realización de las actividades sean desarrolladas de forma secuenciada, propiciando así el aprendizaje de los procedimientos y aplicación de técnicas específicas. Así mismo durante este período se observó una mayor afluencia de pacientes con problemas de salud, por lo que el alcance de los objetivos va aportando nuevos elementos para el mejoramiento del trabajo en el programa para beneficio del servicio y formación académica.

En relación con la evaluación del programa desarrollado en la sede se puede mencionar que la estructura por niveles de intervención del programa de "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos" permitió realizar las actividades propias de la evaluación y diagnóstico psicológico, así como planear las estrategias de intervención para resolver los problemas expuestos por los pacientes.

La estructuración del programa está diseñada también para contribuir en la formación del residente bajo supervisión especializada, esto es, contempla de forma detallada, desde las primeras sesiones de evaluación y tratamiento, las actividades que debe realizar el residente, así como los formatos para incluir la información necesaria para los siguientes pasos. En los niveles siguientes la organización de actividades se realiza paralelamente con la adquisición y desarrollo de las habilidades o competencias que el residente habrá de adquirir.

Aunado a esto el programa contempla el aspecto de supervisión a través de un modelo que involucra al residente como alumno y apoyo de los demás compañeros del servicio con diferente nivel académico .

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Esta operatividad y estructura permite el logro de los objetivos del programa de residencia, ya que permite desarrollar las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional enfocado a la salud, considerando también que habilita para trabajar de forma multidisciplinaria en escenarios hospitalarios.

En relación con el cumplimiento del programa desarrollado se considera que de acuerdo con lo estipulado con los objetivos de servicio se atendió a un número menor de pacientes con enfermedad crónica, por las características de la sede, en comparación con otros pacientes que manifestaban "nervios, depresión o ansiedad", lo cual proporciona un aspecto a investigar, mismo que involucra el conocimiento de la población atendida y canalizada al servicio, y la relación con patrones conductuales de estilos de vida que pueden ser factores de riesgo para desarrollar una enfermedad crónico degenerativa. La situación descrita apoya el objetivo de investigación para un futuro y poder optimizar el trabajo dentro del programa.

Por otro lado en el aspecto de docencia, los recursos y estrategias para la realización de la supervisión contribuyeron al cumplimiento de proporcionar entrenamiento clínico al residente de medicina conductual.

Del sistema de supervisión.

El logro de los objetivos académicos especificados en el programa de residencia en medicina conductual se debe en gran parte al modelo de supervisión implementado durante el ejercicio profesional en la sede. La organización, estructura y secuencia de los pasos a seguir durante la supervisión generan información útil para mejorar las características profesionales del residente en las áreas de evaluación conductual, diagnóstico y tratamiento. Además constituye un sistema de retroalimentación constante que se enriquece con las revisiones de material bibliográfico especializado en salud.

Del supervisor académico e *in situ*.

En la sede Centro de Servicios Psicológicos la actividad académica que cumple al 100 % los objetivos del programa de residencia es la supervisión, lo que hace evidente la disposición y experiencia con la que la supervisora guía el aprendizaje y las actividades a

realizar por sus alumnos. Lo anterior la convierte en una actividad académica de las más ricas en conocimiento y de formación. Además crea un vínculo de trabajo responsable, ético y creativo de forma cordial entre la supervisora y los residentes, así como una motivación para la lectura y expresión de inquietudes en el plano de tratamiento; y un compromiso para compartir dicho conocimiento.

De las actividades profesionales realizadas.

El desarrollo de las actividades en la residencia contribuyó al logro de los objetivos de servicio y docencia, a través de la atención a pacientes y del ejercicio de la supervisión. El trabajo académico con supervisión permanente permitió moldear la manera de realizar el trabajo profesional con mejores posibilidades de intervención y diseño de tratamiento. Así mismo durante el ejercicio de las actividades de servicio se reafirmaron aspectos éticos en el desempeño de la profesión.

De las competencias profesionales alcanzadas.

Durante el presente periodo las actividades que se realizaron fueron la atención a los casos asignados, los cuales implicaron realizar trabajos concernientes a la evaluación y diagnóstico utilizando una estructura y secuencia marcada por el programa, así como el uso de instrumentos y formatos que permitieran organizar la información para un diseño de intervención. Lo anterior es acorde con los objetivos marcados en el programa que se desarrollo en la sede.

El desempeño de dichas actividades contribuyó al desarrollo de competencias en el rubro de evaluación y diagnóstico desde el establecimiento de conductas propias del terapeuta tales como contacto visual, tono de la voz, posición corporal, así como en la forma de dirigir la entrevista, ser perceptivo a la información que proporciona el paciente y de su análisis. Aunado a esto, el manejo y organización de los datos obtenidos en los instrumentos de evaluación, para configurar la cadena de conducta que manifiesta un paciente.

En el aspecto de tratamiento, la atención por medio de niveles que establece el programa de la sede, fue de gran utilidad, ya que a través de ello se consiguió una

práctica en el diseño de las diferentes estrategias por nivel de complejidad, para un caso en particular, a la vez que se integraban elementos de literatura revisada y de retroalimentación tanto con el supervisor como con los compañeros del servicio.

Estas actividades permitieron desarrollar habilidades tanto en el campo clínico como en el trabajo con compañeros, así como aquellas relacionadas con el ejercicio de la supervisión. Lo anterior apoya los objetivos de la residencia con relación a la práctica del trabajo psicológico en áreas de salud a través de una formación teórico - práctica supervisada en escenarios.

En el aspecto de prevención se desarrollaron competencias para elaborar programas preventivos de educación para la salud en el ámbito individual, a desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes que tienen repercusión en el estado de salud, y en ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.

Conclusiones y Sugerencias

En la sede Centro de Servicios Psicológicos se encontró el lugar ideal para el logro de los objetivos marcados por el programa de residencia, no sólo por el espacio físico y condiciones adecuadas para el trabajo psicológico, sino también por la oportunidad de trabajar en un servicio diferente al ámbito hospitalario, donde las habilidades profesionales adquiridas se dirigen a identificar las necesidades de salud en una población aparentemente sana, en la que el factor estresante presente en algunos problemas emocionales, puede generar simultáneamente y de forma incipiente problemas de salud.

Esta perspectiva proporcionó la pauta para el desarrollo de un abordaje en prevención primaria y secundaria para una población predominantemente joven, universitaria, que se encuentra en condiciones de mejorar los estilos de vida a través de la modificación de conductas de riesgo. Además como parte de los esfuerzos e interés en éste rubro se han generado sub programas, como son: apoyo psicológico para cuidadores primarios, y para pacientes con diabetes, problemas gastrointestinales, y dolor de cabeza, los cuales se encuentran en desarrollo.

En el aspecto académico la realización de actividades bajo supervisión calificada fomentó el sentido de trabajo en equipo con profesionales de la misma disciplina, y generó una dinámica de trabajo donde siempre estuvo presente la actitud profesional, respetuosa y disponibilidad para recibir y proporcionar retroalimentación por parte de la supervisora y compañeros.

Por lo anterior considero al Centro de Servicios Psicológicos y el programa de "Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos" como una sede adecuada para el desarrollo de habilidades de evaluación, intervención, y de investigación en prevención.

Referencias bibliográficas

Alcázar, O. J. R., Bazán, B.A., Rojano, G.L., Rubio, C.S., Mercado, C.D., Reynoso, E.L. (2001) Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68, 1, 19-23.

Barrón, A., (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Belar, C., Deardorff, W., y Delly, K. (1987). *The practice of clinical health psychology*. Oxford: Pergamon Press.

Boone, J., y Christensen, J., (1997). Stress and disease. En M. D. Feldman, J. F. Christensen (Eds.) *Behavioral medicine in primary care: A practical guide*. (pp. 265-276). Connecticut: Appleton & Lange.

Cárdenas L. G., (1995). *Estrés y vida cotidiana en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría. U. N. A. M.

Dalessio, D.(1984) *Cefaleas de Wolff*. (4a. ed.) México, D.F.: El manual moderno.

Diccionario de especialidades farmacéuticas. (46ª. Ed.) 2000. México, D.F.: Ediciones PLM.

Donker F. J. S. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo, V.E.(Eds.) *Manual de psicología clínica aplicada*. (pp. 3-13). Madrid: Siglo XXI.

García, S. J., (1993). *Un estudio sobre depresión es estudiantes universitarios que asisten a los servicios de salud mental y medicina general dentro del Centro Médico Universitario*. Tesis de Licenciatura. U. N. A. M.

Gentry, W.D. (1984). Behavioral Medicine: A new research paradigm. En: W. Doyle Gentry (Ed.) *Handbook of behavioral medicine*. (pp. 1-11). Nueva York: Pergamon Press.

González M. J., y Guevara, R. T., (1999). *Estilos de vida de salud en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Greenberger, D., y Padesky, C. A. (1995) *El control de tu estado de ánimo*. Barcelona: Paidós.

Hernández, G. R., (1995). *Eventos estresantes relacionados con depresión en estudiantes universitarios*. Tesis de especialidad en psiquiatría. U.N.A.M.

Isselbache, K.J., Adams, R., Braunwald, E., Petersdorf, R., y Wilson, J. (1980). *Harrison's principles of internal medicine*. (pp.455-463). Nueva York, Mc Graw Hill.

Johnston, M., Weinman, y J., y Marteau, T. (1990). Health psychology in hospital settings. En A. A. Kaptein, H. M. Van der Ploeg, B. Garssen, P. J. G. Schreurs, R. Beunderman (Ed) *Behavioural medicine: Psychological treatment for somatic disorders*. (pp.15-32).Chichester: Wiley and Sons.

Kasi, S. V. (1984) Chronic life stress and health. En A. Steptoe, A. Mathews. (Ed.) *Health care and human behaviour*.(pp.41-75). Londres: Academic press.

Llewelyn, S. P. (1998). Caring: The cost to nurses and relatives. En A. K. Broome (Ed.) *Health psychology: Processes and applications*. (pp. 114-130) Nueva York: Chapman and Hall.

Lorentzen, G. I. (1986). *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el primer año de servicio (comprendido del 1º. De agosto de 1981 al 1º. De agosto de 1982)*. Tesis de Maestría. U.N.A.M.

Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En B. L. Hammonds, C. J. Scheirer (Eds.) *Psychology and health*. (pp.9-48).Washington, D.C.:American Psychological Association.

Martin, G., y Pear, J. (1999) *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla*. 5ª. Ed. Madrid: Prentice Hall.

Medina, X. D. S. E. (1995). *Severidad de la ansiedad en estudios universitarios relacionado con eventos estresantes*. Tesis de especialidad en psiquiatría. U.N.A.M.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon Press.

Meltzer, L.J., Rodrigue, J. R. (2001) Psychological distress in caregivers of liver and lung transplant candidates. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 8,3, 173-180.

Olivares, R., y Forjan, X. (1998) Dolor de cabeza crónico: la planificación de las tareas cotidianas. En M. X. Forjan Parga (Ed.) *Consultoría conductual: terapia psicológica breve*. (pp. 329-346) Madrid :Psicología pirámide.

Orlandini, A., (1999). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. Fondo de Cultura Económica: Cd. de México.

Ortiz, F. M. A., (1998). *Eventos estresantes que influyen en los estudiantes universitarios de la carrera de psicología de la ENEP Iztacala*. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.

Postigo L.J. M., y Beneit, M.P.J. (1992). *Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la Salud*. (2ª. Ed.) Buenos Aires : Lumen.

Resnick, R.J., y Rozensky, R. H. (1996). *Health Psychology through the life span: Practice and research opportunities*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Rojano, G. L., Bazán, B. A., Alcázar, O. J. R., Mercado, C. D., Reynoso, E. L. (2001) Aspectos psicosociales, ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68, 2, 72-76.

Rothschild, B. H. (1993). RET and chronic pain. En W. Dryden, y L.K. Hill (Ed.) *Innovations in rational emotive therapy*.(pp. 91 –115) London: Sage.

Secretaría de Salud. *Programa de Salud del adulto y del anciano*. (1999). Consultado Octubre 23, 1999, de <http://www.ssa.gob.mx/coorve/adulto.html>

Stachnik, T., Stoffelmayr, B., y Hoppe, R. B. (1983). Prevention, behavior change, and chronic disease. En T. G. Burish, L. A. Bradley (Eds.) *Coping with chronic disease: Research and applications*.(pp. 447-473). Nueva York: Academic Press.

Stepptoe, A. y Appels, A. (1989) *Stress, personal control and health*. Chichester: Wiley and sons.

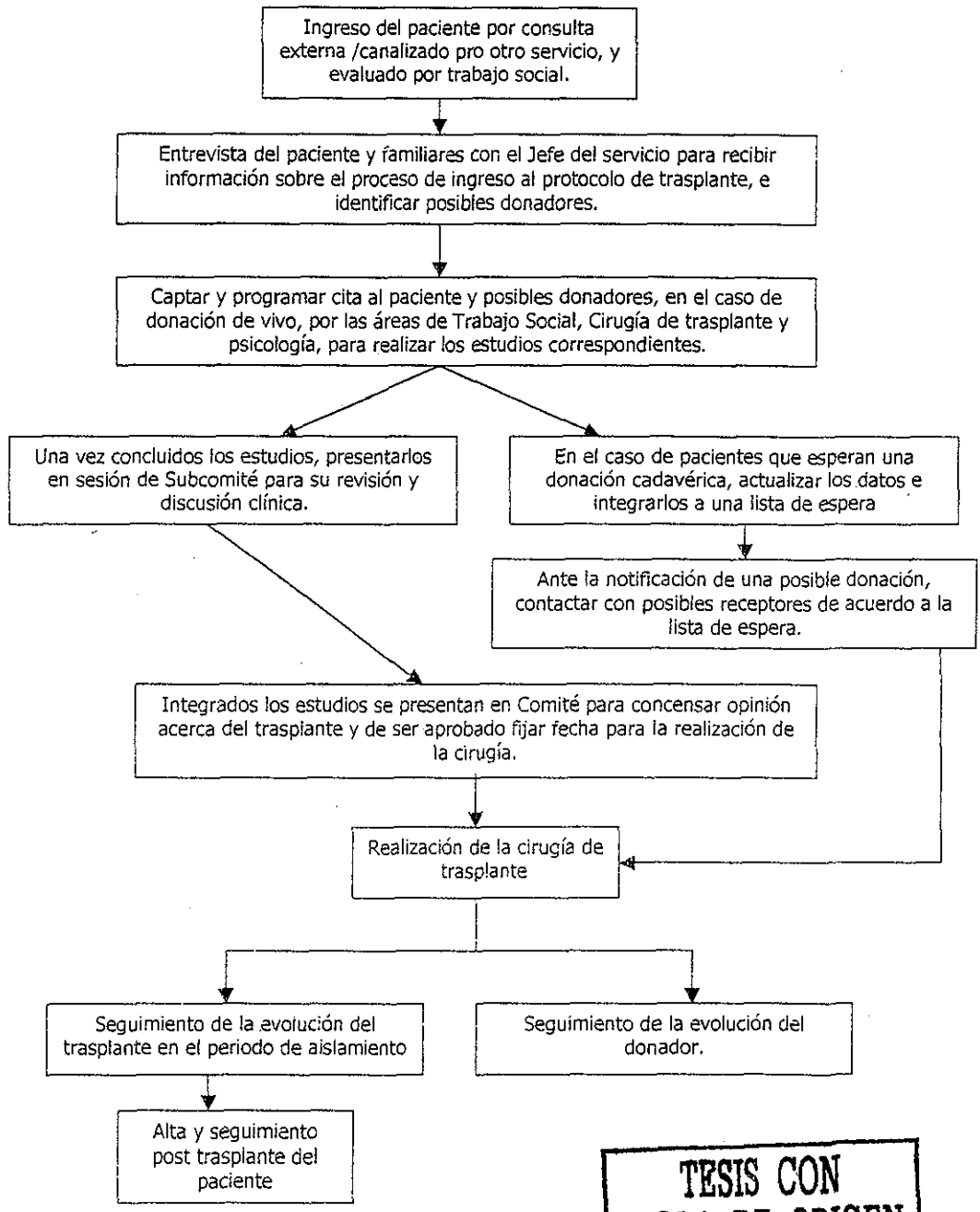
Van der Helm-Hylkema, H. (1990) Headache. En A.A.Kaptein, H.M. van der Ploeg, B. Garssen, P.J.G. Schreurs, y R. Beunderman (Eds.) *Behavioural medicine: Psychological treatment of somatic disorders*. (pp. 67-81) Chichester: Wiley and sons.

Vandervoort, D., (1999). Quality of Social Support in Mental and Physical Health. *Current Psychology*. 18,(2).

White, J. (2000). *Treating anxiety and stress: A group psycho-educational approach using brief cognitive behavioral therapy*. Chichester: Wiley and sons.

ANEXO 1

OPERATIVIDAD DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2
FICHA PSICOLÓGICA

RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL
DONACIÓN DE VIVO

FECHA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

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 de trasplante: _____

Fase del protocolo en que se encuentra: _____

¿Se encuentra en protocolo de trasplante en otro hospital?

Sí () No () ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

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)

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 Relacionado emocionalmente ()
directo()

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 Si () No ()
inmunosupresores y sus efectos secundarios

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

En el caso de donador vivo especificar la relación:

Padre () Madre () Hermanos () Primos ()

Sobrinos () Esposos () Hijo () Amigos ()
Hijo ()

ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Desde que usted recibió el diagnóstico de IRCT, ¿Eso le ha traído cambios en su trabajo/estudio?

Si () ¿cuáles? _____

No () ¿por qué? _____

- ¿Ha sido difícil para usted la adaptación a dichos cambios? Si () No ()

¿Por qué? _____

- Después de recibir el diagnóstico de IRCT, ¿se modificó la forma en que usted se relaciona con cada uno de los miembros de su familia?

Si () ¿en qué forma? _____

No () ¿por qué? _____

- (A los familiares del paciente) ¿De qué manera enfrentan el hecho de que su familiar tenga IRCT? _____

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, emocional, informativo).

- Recabar datos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) del padre, madre, esposo(a), hermanos, familiares, y otros.

FAMILIOGRAMA:
(núcleo familiar primario y secundario)

¿ Quién cuida directamente al paciente?

¿Quién le ayuda a realizar su diálisis ?

¿ Le comenta a alguien sus preocupaciones por su salud?

Si () ¿a quienes? _____

No () ¿Por qué? _____

Antecedentes heredo-familiares patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Los medicamentos que toma actualmente son:

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

Con base en alguna de las últimas enfermedades del paciente o con relación a la IRCT, 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?

¿Puede decirme qué pasaría si suspende su tratamiento ante la IRCT?

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 ()

¿Qué alimentos SI puede comer usted?

¿Qué alimentos NO puede comer usted?

MOTIVACIÓN PARA TRASPLANTARSE

Mencione qué motivos tiene para hacerse 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 trabajo/estudio 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? _____

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.

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 alternativas tendría 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? _____

OBSERVACIONES

FICHA PSICOLÓGICA**RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL
DONACIÓN CADAVERICA**

FECHA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Lugar de origen: _____

Domicilio actual: _____

Teléfono: _____

Teléfono de familiar o amistad: _____

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 de trasplante: _____

Fase del protocolo en que se encuentra: _____

¿Se encuentra en protocolo de trasplante en otro hospital?

Sí () No () ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

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)

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 ()

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: Si () No ()
(cuando se reanudan las actividades cotidianas)

ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Desde que usted recibió el diagnóstico de IRCT, ¿eso le ha traído cambios en su trabajo/estudio?

Si () ¿cuáles? _____

No () ¿por qué? _____

- ¿Ha sido difícil para usted la adaptación a dichos cambios? Si () No ()

¿Por qué? _____

- Después de recibir el diagnóstico de IRCT, ¿se modificó la forma en que usted se relaciona con cada uno de los miembros de su familia?

Si () ¿en qué forma? _____

No () ¿por qué? _____

- (A los familiares del paciente) ¿De qué manera enfrentan el hecho de que su familiar tenga IRCT? _____

ASPECTOS FAMILIARES

PERSONAS CON LAS QUE VIVE NORMALMENTE:

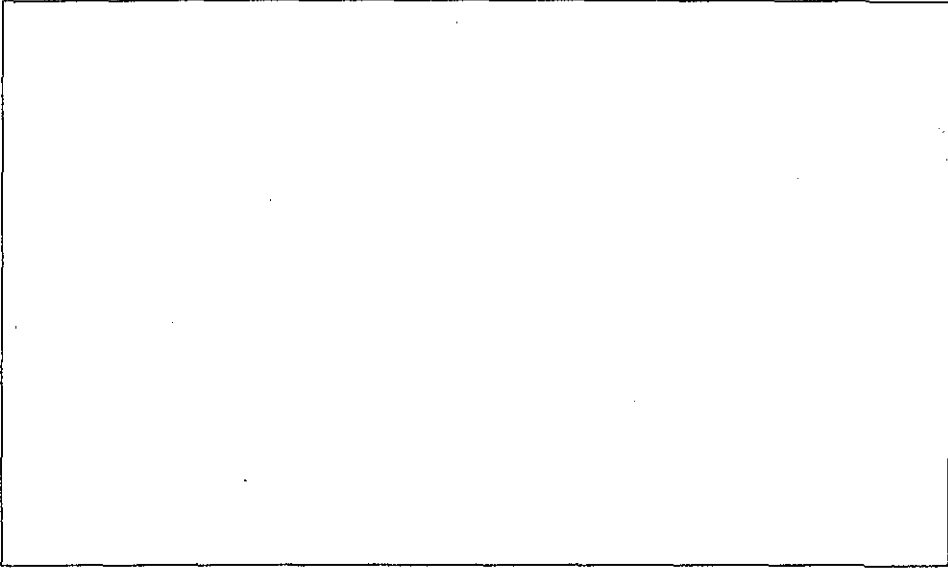
El objetivo es:

- 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)



¿ Quién cuida directamente al paciente?

¿Quién le ayuda a realizar su diálisis ?

¿ Le comenta a alguien sus preocupaciones por su salud?

Si () ¿a quienes?

No () ¿Por qué?

Antecedentes heredo-familiares patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Los medicamentos que toma actualmente son:

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

Con base en alguna de las últimas enfermedades del paciente o en relación a la IRCT, 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?

¿Puede decirme qué pasaría si suspende su tratamiento ante la IRCT?

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 ()

¿Qué alimentos SI puede comer usted?

¿Qué alimentos NO puede comer usted?

MOTIVACIÓN PARA TRASPLANTARSE

Mencione qué motivos tiene para hacerse 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 trabajo/estudio 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? _____

SENSIBILIZACIÓN PARA EL PACIENTE EN PROTOCOLO 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 le ha dicho? ¿Qué le contestó ese familiar/conocido?

No () ¿Qué cree que 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 () ¿qué pasaría si lo hiciera?

7. Tomando en cuenta su enfermedad, ¿qué puede usted hacer 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)
- 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO RESPONSABLE:

FECHA: _____

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): _____

**COMPRESIÓN 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? _____

5. ¿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?

Si () ¿quiénes? _____

No () ¿qué pasaría si se enteran? _____

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

**ANEXO 3
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO TRASPLANTE RENAL
AREA DE PSICOLOGIA
RESUMEN PSICOLOGICO**

RECEPTOR

PROTOCOLO DE DONACION DE VIVO RELACIONADO

FICHA DE IDENTIFICACION

Expediente: 39 53 24

Nombre: M. L. H.
Sexo: Masculino
Edad: 31 años
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: 2º. De primaria
Ocupación: Antes de la enfermedad albañil. Actualmente desempleado.
Lugar de origen: Apizaco, Tlaxcala.

RESUMEN

Masculino de 31 años de edad, de edad aparente mayor a la referida como cronológica, íntegro, bien conformado, sin movimientos anormales, en actitud libremente escogida, marcha discretamente lentificada. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Claridad de conciencia conservada. Adecuadamente orientado en persona, lugar y tiempo. Memoria reciente y remota conservadas con discreta dificultad para la evocación. Se comunica a través de lenguaje verbal con directriz, que llega a metas, ocasionalmente hipofónico. Pensamiento concreto coherente y congruente sin alteraciones en el curso y contenido. Juicio autocrítico y heterocrítico conservado. Sin alteraciones en el campo de la sensopercepción.

Paciente que se encuentra actualmente en hemodiálisis. Muestra una actitud cooperadora y con buena disposición a la entrevista.

Comprensión de la enfermedad:

Paciente que conoce su diagnóstico de forma concreta, así mismo tiene conocimiento de los procedimientos quirúrgicos que implican un trasplante renal, de los riesgos de la cirugía y de las probabilidades de éxito del mismo.

Motivación para trasplantarse:

La principal motivación del paciente para realizarse un trasplante es la posibilidad de mejorar su calidad de vida y desempeñarse laboralmente para atender a sus hijos, que son menores de edad, así como tener mejor convivencia con el resto de su familia.

Aceptación voluntaria del trasplante:

El paciente acepta por voluntad propia la realización del trasplante, sin que para ello se encuentre obligado o presionado por persona alguna.

Relación Familiar:

La relación entre los miembros de su núcleo familiar primario, y secundario es adecuada, se han mostrado unidos y solidarios con la condición del paciente, apoyándolo en aspectos emocionales, instrumentales y económicos. Su hermana Anastacia se ha propuesto voluntariamente como donadora.

Pruebas aplicadas:

Se aplicaron los instrumentos: Inventario de Ansiedad y de depresión de Beck.

Resultados:

Los instrumentos reportan que el paciente experimenta sentimientos de tristeza, no patológicos, y propios de su condición de enfermo, mismos que pueden ser manejados por él mismo.

CONCLUSION Con base en la información aquí mencionada, se propone que Martín López Hernández es un candidato apto psicológicamente para trasplante renal, ya que comprende suficientemente, y acepta los riesgos y probabilidades de éxito de la cirugía, incluyendo la etapa post operatoria. Así también acepta por voluntad propia la realización del evento quirúrgico.

A T E N T A M E N T E

MEXICO, D. F. A 8 DE DICIEMBRE DE 2000

PSIC. LAURA ROJANO GARCIA
R 1 DE PSICOLOGIA

DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 3
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
AREA DE PSICOLOGIA
RESUMEN PSICOLOGICO

DONADORA
PROTOCOLO DE DONACION DE VIVO RELACIONADO
FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A. L. H. Expediente: 39 53 24
Sexo: Femenino
Edad: 25 años
Estado civil: Casada
Escolaridad: Primaria
Ocupación: Ama de casa
Lugar de origen: Apizaco, Tlax.

RESUMEN

Femenino de 25 años, de edad aparente similar a la referida como cronológica, integra, bien conformada, sin movimientos anormales, sin facies características, en actitud libremente escogida, marcha normal. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Claridad de conciencia conservada. Bien orientada en persona, lugar y tiempo. Memorias reciente y remota conservadas. Lenguaje verbal espontáneo, con directriz, llega a metas, con adecuado tono, volumen y velocidad. Pensamiento concreto coherente y congruente sin alteraciones en el curso y contenido. Juicio autocrítico y heterocrítico conservado. Sin alteraciones en el campo de la sensoropercepción, y muestra actitud cooperadora. Anastacia se ha propuesto por iniciativa propia para donar un riñón a su hermano Martín.

Comprensión de la enfermedad:

Anastacia refiere que conoce la naturaleza de la enfermedad que padece su hermano, así mismo, en su carácter de donadora, ha sido informada y comprende los procedimientos quirúrgicos, que le implica un trasplante renal, de la etapa de recuperación, cuidados que ella requiere, y de las probabilidades de éxito del trasplante.

Motivación para la donación:

La principal motivación de la paciente para realizar la donación es el afecto filial que manifiesta a su hermano Martín, con quién ha convivido cercanamente desde la niñez. Además desea colaborar para que él mejore su calidad de vida y pueda atender a su hijos, quienes son menores de edad.

Aceptación voluntaria de la donación:

Anastacia se ha propuesto a sí misma y por voluntad propia a donar un riñón a su hermano Martín, sin haber recibido influencia o presión alguna para tal decisión.

Relación Familiar:

La relación entre familiares del núcleo primario es respetuosa y cordial, se han mantenido unidos y solidarios con su hermano en su condición de enfermedad, brindando apoyo material e instrumental.

Pruebas aplicadas:

Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck.

Resultados:

Los instrumentos reportan que la paciente experimenta sentimientos de ansiedad leve, pero que posee recursos de afrontamiento que le permiten su manejo sin que constituya una dificultad importante.

CONCLUSION Por lo anteriormente mencionado, se considera que Anastacia López Hernández es una persona apta psicológicamente para realizar la donación, cuenta con la información adecuada y suficiente acerca del procedimiento quirúrgico y etapa posterior de recuperación, además manifiesta su voluntad altruista de donar.

ATENTAMENTE

MEXICO, D. F. A 8 DE DICIEMBRE DE 2000
PSIC. LAURA ROJANO GARCIA
R 1 DE PSICOLOGIA

DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA



ANEXO 4

CASO CLINICO:

*" Aspectos cognoscitivos en la evaluación e
intervención conductual"*

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la integración de factores cognoscitivos, físicos y psicológicos con el propósito de realizar una evaluación y diseñar una estrategia de intervención.

Ficha de Identificación:

Nombre: L.H.M.
 Edad: 31 años
 Sexo: Masculino
 Estado civil: Casado
 Ocupación: Anteriormente albañil,
 Actualmente desempleado
 Escolaridad: 2º. De primaria
 Lugar de origen y
 residencia: Tlaxcala, Tlax.

Motivo de Consulta:

Evaluación psicológica para trasplante renal de donador vivo relacionado.

Historia Clínica:

Paciente masculino de 31 años, que fue diagnosticado con insuficiencia renal crónica terminal en el Centro de Salud de su localidad (Tlaxcala) en noviembre de 1999. Desde entonces, ha permanecido en diálisis peritoneal intermitente hospitalaria (cada 8 días). El paciente no refiere antecedentes patológicos familiares ni personales.

Se presenta a sesión de evaluación en regulares condiciones de higiene y aliño, su apariencia es similar a la edad referida cronológicamente. Durante la evaluación se observó adinámico, inexpresivo, lenguaje hipofónico, telegráfico, monosilábico y frecuentemente el familiar que lo acompaña instiga al paciente a responder.

El núcleo familiar primario apoya de forma importante al paciente durante su padecimiento (dieta, toma de medicamentos, incluso en la donación de un riñón). La hermana del paciente refiere cambios en el comportamiento de su familiar, tornándose de alegre y valiente ante dificultades cotidianas, a triste, dependiente y apático.

Evaluación psicológica:

1. Entrevista semi estructurada que contempla requisitos previstos en la Ley General de Salud en materia de donación y trasplantes (Diario Oficial de la Federación, Tomo DLX, No. 18 , publicado en mayo del 2000):
 - Capacidad de comprensión
 - Conocimientos de los riesgos del trasplante
 - Probabilidad de éxito del trasplante
 - Coacción física o moral para conseguir el órgano
 - Adherencia al tratamiento
 - Aceptación voluntaria de la realización del trasplante

Diagnóstico:

Paciente que posee escasos conocimientos acerca de su enfermedad, lo cual contribuye a una pobre comprensión de la misma, generando sentimientos de tristeza y poco involucramiento en su tratamiento.

Se realizó una revisión bibliográfica donde se encontró que los pacientes con insuficiencia renal presentaban pobre capacidad de comprensión verbal y disminución en procesos de memoria.

Estrategia de intervención:

Objetivo 1: Mejorar la comprensión de la enfermedad (insuficiencia renal) a través de aumentar la información acerca del tópico.

Instrumentos:

Datos de entrevista semiestructurada que se aplica en el servicio y que explora conocimientos acerca de la enfermedad.

Relato espontáneo escrito por el paciente, sobre su enfermedad.

Pretest

Nombre de la enfermedad: "estoy enfermo de los riñones"

Tratamiento: "se cura con trasplante"

Pronóstico: "echarle ganas"

Una vez con la información de línea base se elaboró la siguiente estrategia de intervención:

- a) Comunicación de información sobre la enfermedad en forma breve, en un nivel concreto de pensamiento práctico representado por elementos que requieren síntesis simultánea.
- b) Uso de frases cortas y sencillas.
- c) Apoyo de material visual.
- d) Manejo de información con perspectiva espacial.

Procedimiento:

Se realizaron dos sesiones de 30 minutos cada una, y en las que se le informó secuencialmente al paciente datos relevantes de su enfermedad, y se le pidió que los replicara hacia la psicóloga.

Resultados:

Postest

Nombre de la enfermedad: "insuficiencia renal"

Tratamiento: "diálisis, hemodiálisis y trasplante"

Pronóstico: "trabajar"

Objetivo 2:

Propiciar la adherencia al tratamiento, a través de incrementar la conducta de tomar los medicamentos.

Línea base:

Se realizó una entrevista con la esposa del paciente para evaluar de forma retrospectiva la frecuencia con la que el paciente tomaba los medicamentos por sí mismo.

En una semana (7 días) se informó que en 3 ocasiones el paciente recordó el horario de la toma de medicamento, aunque no se lo tomó por el mismo; y en una sola ocasión si lo había tomado por sí mismo.

Estrategia de Intervención:

Objetivo: aumentar la frecuencia de veces que el paciente toma por sí mismo alguno de sus medicamentos.

Instrumento: Autorregistro**Procedimiento:**

Se sensibilizó al paciente y a su esposa acerca de la importancia de propiciar la participación de él en su tratamiento. Se les proporcionó al paciente su hoja de registro semanal y se le indicó que lo colocara en un lugar visible para que tomara su medicamento. También se le pidió a su esposa que lo recompensara con frases halagadoras (reforzador).

Resultados:

Se han tomado dos registros de los cuales se puede observar que se ha incrementado la frecuencia del recuerdo de la toma del medicamento en mayor proporción a la toma por sí mismo.

Discusión:

El conocimiento de los procesos básicos (factores cognoscitivos) es de gran importancia cuando se integra información en pacientes con enfermedad crónica.

Los resultados del objetivo 1 muestran que el proporcionar información al paciente sobre su enfermedad aumenta su acervo de conocimiento con la posibilidad de reorganizar, combinar, y dar secuencia a dicha información, modificando sus expectativas con respecto al padecimiento y lo que le representa en el ámbito psicológico y social.

La información visual espacial representa una opción que puede auxiliar al paciente en la comprensión de la enfermedad, ya que el acceso verbal se encuentra restringido en este tipo de pacientes.

Con relación al objetivo 2 se observa un incremento de recuerdo del horario de toma del medicamento, lo cual indica que el autorregistro es una herramienta útil, considerando los recursos cognoscitivos del paciente.

Por otro lado, se requiere un trabajo simultáneo con los miembros de la familia, para propiciar la independencia y responsabilidad del paciente en su tratamiento.

Bibliografía.

- Peña-Casanova, J., y Barraquer, B. (1991) *Neuropsicología*. Barcelona: Toray.
 Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud en materia de donación y trasplantes. Tomo DLX, No. 18, publicado el 26 de mayo del 2000.
 Rodríguez O. G. (Coord.) (1999) *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Miguel Ángel Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM.

Línea base

Lunes	Martes	Miercol.	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
-	*1	*2	-	+1	-	-

Lunes	Martes	Miercol.	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
*1	*2	+1	-	-	*2	-

* número de ocasiones en que el paciente recordó el horario del medicamento pero no lo tomó por sí mismo.
 + número de ocasiones en que el paciente tomó por sí mismo su medicamento.

Registro de toma de medicamentos


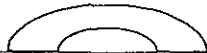
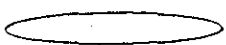
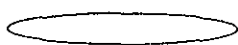
Nombre:
 Fecha:

3:00 a.m.	Dorixina
5:30 a.m.	Minoxidil
6:20 a.m.	Bezalip
10:30 a.m.	Metoprolol
11:00 a.m.	Dorixina
13:30 a.m.	Minoxidil
6:20 p.m.	Bezalip
7:00 p.m.	Dorixina
7:30 p.m.	Zyloprim
9:30 p.m.	Minoxidil
10:30 p.m.	Metopolol

Registro de Medicamentos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

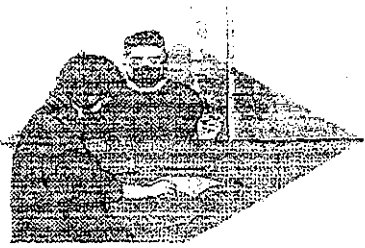
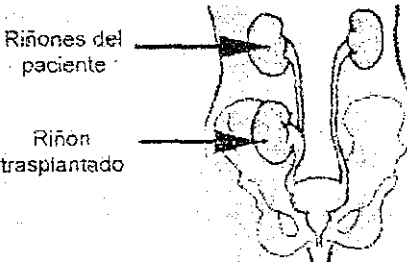

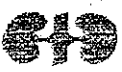
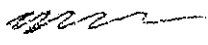
Nombre:
 Fecha:
 Medicamento: Bezalip

	
1 cápsula 	1 cápsula 
HORA: 6:20 A.M.	HORA: 6:20 P.M.

TRASPLANTE RENAL

116



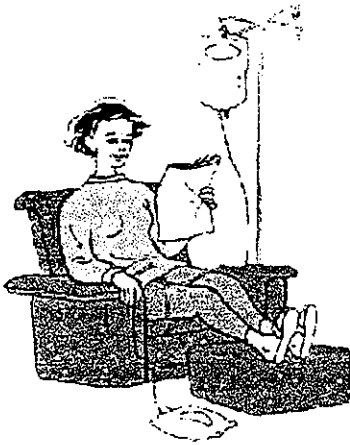
	<p>Un trasplante renal es una operación realizada por un cirujano para proporcionar un riñón sano a una persona que lo necesita. El riñón puede proceder de un donante vivo o de una persona fallecida.</p> <p>Actualmente la mayoría de los riñones que se trasplantan proceden de donantes fallecidos y muy pocos de donantes vivos.</p>
<p>Riñones del paciente</p> <p>Riñón trasplantado</p> 	<p>El riñón trasplantado se coloca en la fosa iliaca. La arteria y vena renal se conectan a la arteria y vena femoral.</p> <p>El cuerpo reconoce el órgano trasplantado como un elemento extraño e intenta rechazarlo. Para evitar este rechazo el enfermo trasplantado debe tomar medicamentos inmunosupresores, cuya función es disminuir la capacidad defensiva del organismo. El inconveniente de esta disminución de inmunidad es la mayor propensión a padecer infecciones.</p>
	<p>Después de un trasplante es preciso mantener una estrecha vigilancia médica y seguir las oportunas indicaciones periódicas.</p> <p>Para más información:</p> <p><u>Trasplante renal: consejos prácticos</u></p>  <p>Trasplante renal Consejos prácticos</p> 

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Donación y trasplante de órganos

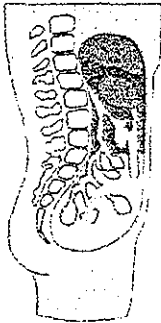
DIÁLISIS PERITONEAL



Con la Diálisis Peritoneal la sangre se "limpia" dentro del cuerpo utilizando la membrana peritoneal como filtro.

El peritoneo es una membrana delgada que forma un saco alrededor de órganos como el hígado, estómago e intestinos. El interior de esta membrana se llama "cavidad peritoneal". Cuando se coloca un líquido de diálisis dentro de la cavidad peritoneal, la membrana actúa como un filtro. Los productos de desecho y el líquido extra pasan a través de las pequeñas aberturas del filtro (el peritoneo) al líquido dializante. Los desechos y el líquido extra se retiran del cuerpo y se eliminan.

Por medio de cirugía menor, se coloca un pequeño catéter en la cavidad peritoneal. Sólo unos centímetros de catéter quedan fuera del cuerpo; la mayor parte queda dentro.



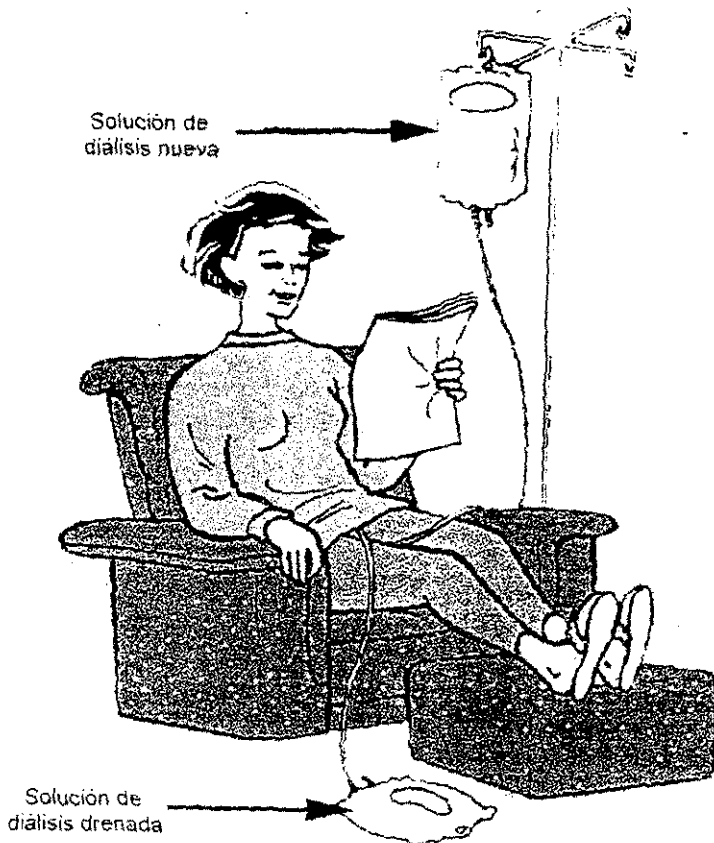
En Diálisis Peritoneal se denomina "intercambio" al proceso mediante el cual el líquido que estaba una serie de horas en el espacio peritoneal se drena por gravedad y es reemplazado por nuevo líquido.



En el dibujo inferior se aprecian las dos bolsas que contienen el líquido nuevo (en alto) y el líquido de desecho (por debajo del nivel del abdomen). El juego completo de tubos y bolsas de plástico se conectan al catéter que el enfermo lleva en el abdomen tan solo cuando debe hacerse los intercambios eliminándose posteriormente. El resto del tiempo el enfermo puede vivir normalmente con su catéter adosado al abdomen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

118



Trasplante de ORGANOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 5**ASPECTOS PSICOSOCIALES, ANSIEDAD Y
DEPRESION EN PACIENTES CANDIDATOS
A TRASPLANTE RENAL**

Laura Rojano García*
Andrés Bazán Borges**
Raúl José Alcazár Olán***
Dolores Mercado Corona****
Leonardo Reynoso Erazo*****
*Psicóloga, UNAM.

**Jefe del Servicio de Trasplante Renal, Hospital Juárez de México, S.S.A.

*** Psicólogo de la S.S.A., Hospital Juárez de México, UNAM.

****Doctora en Psicología, Profesora de la Facultad de Psicología, UNAM.

*****Maestro en Psicología, Profesor de la Facultad de Psicología, UNAM.

RESUMEN:

Se determinó la influencia de aspectos psicosociales como las redes sociales y apoyo social en estados de ansiedad y depresión en pacientes que se encuentran en protocolo de trasplante renal en el Hospital Juárez de México. **Método:** Participaron 25 pacientes, tanto de protocolo de donador de vivo relacionado, y de cadáver. Se utilizaron los inventarios de Ansiedad y Depresión de A. Beck, así como el cuestionario de redes sociales. Se realizó un análisis estadístico de correlación, encontrándose una relación negativa significativa entre apoyo social, ansiedad y depresión. **Discusión:** El apoyo social y el tamaño de la red social de los pacientes es un recurso positivo en el afrontamiento de la enfermedad y del evento quirúrgico del trasplante, además de ser un recurso disponible para el trabajo interdisciplinario.

Palabras clave: ansiedad, depresión, apoyo social, red social, trasplante renal.

En la actualidad, en el campo de la salud, se observa que la transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad en nuestro país. A diferencia de lo que ocurría hace algunas décadas, actualmente las personas adultas representan más de la mitad de la población y las enfermedades que afectan a este grupo de edad son las crónicas degenerativas. (Programa de salud del adulto y del anciano, S.S.A. 1999, Análisis de salud: Perfil de salud del país de México, Organización Panamericana de salud, 1999)

Dichas enfermedades, durante su curso requieren de cuidados especiales, además de los propios de la atención médica, también de aquellos que pueden propiciar un cambio en el estilo y calidad de vida; en donde los factores sociales y ambientales también son determinantes.

El apoyo social y la red social forman parte de los factores psicosociales que intervienen en diversos acontecimientos de vida decisivos, como lo es el estado de enfermedad crónica, que causa un efecto amortiguador ante situaciones estresantes. El conocimiento del tipo de apoyo que perciben los pacientes, es de utilidad para el psicólogo en el área de la salud, ya que tiene la posibilidad de realizar intervenciones para propiciar, mejorar o reestructurar lazos sociales que puedan a su vez ayudar a enfrentar el estrés, que de forma crónica puede producir cuadros de ansiedad y depresión ante la situación de enfermedad. (Barrón, 1996)

Desde la década de los 70 se han multiplicado las investigaciones en apoyo social, y se ha reconocido su importancia en el decremento del estrés en diversas situaciones, específicamente de enfermedad. Actualmente el interés de los investigadores se ha dirigido hacia el estudio de los factores psicosociales potencialmente capaces de influir en la salud.

En las dos últimas décadas el apoyo social se ha convertido en uno de los temas preferentes de investigación en distintas disciplinas, fundamentalmente en Psicología

Comunitaria y en Psicociología de la Salud (Barrón, 1996), pero también en otras áreas relacionadas como la Sociología, Epidemiología, Salud Pública, Medicina Preventiva, etc.

El auge del estudio en apoyo social se relaciona con su importancia en la etiología de distintos trastornos y enfermedades; y su relevancia en los programas de tratamiento y rehabilitación 4. Desde el punto de vista teórico, es importante en la integración conceptual de la literatura sobre factores psicosociales y trastornos, ya que gran parte de los factores psicosociales influyen en la salud a través de la ruptura que provocan en las redes sociales.

Dentro de la gama de conductas que han sido objeto de estudio por su carácter desadaptativo se encuentra la ansiedad, síntoma que incide en la población de forma importante. En el contexto de la dinámica constante entre las áreas en que las personas se desempeñan cotidianamente, se puede identificar aquellos indicadores que generan ansiedad; dicha entidad de alguna manera motiva a las personas para su funcionamiento, pero provoca disturbios emocionales significativos en una magnitud desproporcionada, deteriorando así las relaciones con el ambiente y consigo mismo.

Para Beck y cols. (1985) la ansiedad es un proceso emocional en respuesta a una valoración (de objeto o situación), es una experiencia subjetiva de un estado emocional desagradable caracterizado por sentimientos de tensión y nerviosismo, además de síntoma fisiológicos como palpitaciones, náuseas, sudoración, etc.

Por otro lado, la depresión es uno de los cuadros psicopatológicos que durante mucho años ha sido reconocido como de alta incidencia en pacientes con enfermedad crónica. Considerado como un desorden del afecto, sus síntomas describen cambios específicos en las áreas cognitivas, conductuales, motivacionales y componentes vegetativos. (Beck, Emery, y Greenberg, 1985; Fitzpatrick, 1990; Buela-Casal, y Caballo, 1991)

La literatura especializada contiene múltiples estudios sobre la relación entre ansiedad, depresión y apoyo y red social; por ejemplo Taylor y Dakof (1998) examinaron

las conexiones sociales y la depresión como predictores de la incidencia de mortalidad por cáncer. Señala que las mujeres solitarias (con poco contacto con amigos y familiares) fueron significativamente más propicias a morir por cáncer de todos tipos, particularmente por tabaquismo; que aquellas con muchas relaciones.

Adicionalmente, en la literatura en México informa de estudios que indican la relación salud y apoyo social, como la realizada por Pando y cols.(1998) donde señalan en su estudio que las redes de apoyo familiar resultaron ser un factor frecuentemente asociado con la presencia de sintomatología psicopatológica, en especial la falta de relación, el pobre apoyo, la mala comunicación con el cónyuge y familiares, lo que propicia estados de ansiedad y depresión.

La presente investigación pretende determinar la influencia de las redes sociales y apoyo social en estados de ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal. Se hipotetiza que a mayor número de personas que integran la red social y proporcionan apoyo, menor índice de ansiedad y depresión.

METODO

Sujetos: 16 hombres y 9 mujeres, que fueron remitidos para ingresar a protocolo de trasplante renal, tanto para donador vivo (12 sujetos) como para donador cadavérico (13 sujetos), en el período marzo del 2000 a enero del 2001. No se consideraron pacientes menores de 15 años por las características de los instrumentos de evaluación utilizados.

Instrumentos:

- Inventario de Ansiedad de Beck, que consta de 21 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta acerca de la presencia e intensidad de síntomas comunes relacionados con ansiedad.
- Inventario de Depresión de Beck, mismo que contiene 21 grupos de oraciones relacionadas con sintomatología depresiva.
- Cuestionario para evaluar apoyo y red social (Vandervoort, 1999). Contiene 6 reactivos que indican el número de personas que constituyen la red social más próxima, así como el tipo de apoyo que reciben de ella, específicamente durante la enfermedad.

Procedimiento.

En el servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México se realizó una revisión de la lista de pacientes candidatos a trasplante, tanto de donador vivo relacionado como de donador cadavérico. Se citó a los pacientes para solicitarles una actualización de los datos de su expediente psicológico.

Se realizaron las entrevistas estructuradas con el formato de valoración psicológica hecho para tal fin, y se aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, así como el de redes y tipo de apoyo social de Vandervoort.

Se realizó un análisis estadístico, utilizando la correlación de Pearson, entre las variables: ansiedad, depresión y red social.

RESULTADOS

De la muestra de pacientes se encontró que las edades promedio se encontraban entre 17 y 55 años, con una media de 28 años. Así mismo se encontró que la red social fluctúa en promedio entre 4 a 7 personas, predominantemente miembros del núcleo familiar primario y secundario, quienes proveen apoyo instrumental, material y emocional. El promedio de escolaridad es de 9 años, que corresponde a la educación media básica.

En relación con la presencia de ansiedad y depresión se observó que prevalece la primera, con una mínima de 6 y una máxima de 60; en comparación con depresión que obtuvo una mínima de 2, y una máxima de 39.

	N	Mínima	Máxima	Media
Sexo	26	1.00	2.00	
Edad	25	17.00	55.00	28.6800
Estado civil	25	1.00	4.00	
Escolaridad	25	2.00	16.00	9.9600
Protocolo	25	1.00	2.00	
Red social	25	1.00	15.00	5.8000
Ansiedad	25	6.00	60.00	27.6400
Depresión	25	1.00	39.00	10.6000

Tabla 1. Datos estadístico donde se muestra la mínima, máxima y media de las variables del estudio.

Se obtuvo una correlación negativa significativa, considerando el tipo de estudio y tamaño de la muestra, entre las variables ansiedad (-.535); depresión y red y apoyo social (-.444).

	ansiedad	Depresión
red social Correlación	*-.535	*.444
Sig. (2-tailed)	.006	.026
N	25	25

Tabla 2. Relación entre las variables red social, ansiedad y depresión, donde se muestra que el valor de la correlación es significativo.

Los resultados indican que hay una relación negativa entre las variables dependientes y la explicativa, esto es, a mayor número de red y apoyo social, menor índice de ansiedad y depresión.

DISCUSIÓN

Muchas de las características físicas y sociales del ambiente que nos rodea pueden afectar la manera de ajustarse a problemas crónicos de enfermedad (Sarafino, 1994). La presencia del apoyo social generalmente ayuda a las personas a enfrentar sus enfermedades. Los sujetos que viven solos y tienen pocos amigos o que tienen relaciones interpersonales pobres tienen más indicadores de ajuste pobres ante condiciones de enfermedades crónico-degenerativas.

Sarafino (1994) señala que la principal fuente de apoyo social para los niños y muchos adultos que se encuentran enfermos, comúnmente proviene de sus familiares más cercanos, lo cual coincide con los resultados de este estudio. Otros trabajos (Schereurs, y De Ridder, 1997; Penninx, Van Tilburg, Boeke, Kriegsman, y Van Eijk, 1998) también mencionan que las personas de la tercera edad, cuyas parejas ya fallecieron o no se encuentran en condiciones de apoyarlas, reciben apoyo de sus hijos, amigos o vecinos. Casi a cualquier edad, los pacientes pueden obtener apoyo de grupos conformados por pacientes con determinados problemas médicos. Estos grupos proveen de apoyo informativo además del emocional.

En relación con este tópico, el apoyo social se ha estudiado desde dos perspectivas básicas: las características del ambiente y los atributos de la persona. Sarason y cols.(1988)mencionan la relación entre estrés, ansiedad, depresión y enfermedad, específicamente en pacientes renales (Martin, y Thompson, 1999). Además han sido identificadas un número de variables de personalidad y sociales como moderadoras o

amortiguadores del estrés en eventos de vida importantes. En la actualidad, hay una creciente evidencia de que el estilo de vida y las condiciones sociales y ambientales contribuyen a la salud, la sensación de bienestar físico (Christensen, 1989) y la longevidad.

El papel del apoyo social en diversas enfermedades como elemento que auxilia en la adherencia terapéutica, dieta y ejercicio (Stephoe, Rink, y Kerry, 2000; Sorensen, Stodd, y Macario, 1998). Además como estrategia eficaz y menos costosa, ya que moviliza recursos informales, tales como paraprofesionales y voluntarios. También puede instrumentarse como forma de intervención para mejorar, crear o ampliar sus redes sociales, tanto a nivel grupal como individual, para crear nuevos lazos, ampliando las fuentes potenciales de apoyo social de los miembros de grupo, como son los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (Schereurs, y De Ridder, 1997).

REFERENCIAS

- Barrón, A., (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Buela-Casal, G., y Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Christensen, A. (1989). Perceived family support as a moderator of psychological wellbeing in end stage renal disease. *Journal of behavioral medicine*, 12, 249-265.
- Fernández H., E., Martínez M., Maset C. P., y Guillen G. F. (1999). Morbilidad percibida, relación social y depresión en una comarca rural. *Anales de Psiquiatría*, 15, 181-185.
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Martin, C. R., Thompson, D. (1999). Utility of the hospital anxiety and depression scale in patients with end - stage renal disease on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Psychology Health and Medicine*, 4, 369-376.
- Organización Panamericana de Salud. (1999). *Análisis de Salud: Perfil de salud del país de México*. Consultado Noviembre 23, 1999, de <http://www.paho.org/spanish/sha/perfiles.htm>
- Pando, M.M., Arande, B.G., Salazar, E.J.G., Aldrete, R.M.G., Mares, L.R., y Balcazar, P.N.M. (1998). Redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor de Guadalajara. *Psicología y Salud*, 12, 65-70.
- Penninx B., Van Tilburg Th., Boeke A. J., Kriegsman D., y Van Eijk J. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases?. *Health Psychology*, 17, 551-558.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Pierce, G.R., (1988). Social support, personality and health. En S. Maes, C.D. Spielberger, P.B., Detares, I.G., y Sarason (Eds.). *Topics in health psychology*. (pp.16-33) Chichester : Wiley & Sons.
- Schereurs D., De Ridder, D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, 17, 89-112.
- Secretaría de Salud. *Programa de Salud del adulto y del anciano*. (1999). Consultado Octubre 23, 1999, de <http://www.ssa.gob.mx/coorve/adulto.html>

Sorensen, G., Stodd, A., y Macario, E.(1998). Social support and readiness to make dietary changes. *Health education and behavior*. 25, 586-598.

Stephoe, A., Rink, E., y Kerry, S. (2000). Psychosocial predictor of changes in physical activity in overweight sedentary adults following counseling in primary care. *Preventive Medicine*. 31, 183- 194.

Taylor, S.E., y Dakof, G.A. (1988). Social support and the cancer patient. En S. Spacapan, & S. Oskamp, (Eds.). *The social psychology of health*. Nueva York: Wiley & Sons.

Vandervoort, D.(1999). Quality of social support in mental an physical health. *Current psychology*. 18(2).

ANEXO 6

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

MANUAL DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA
ELABORADO POR: RAUL JOSE ALCÁZAR OLAN
LAURA ROJANO GARCÍA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

MANUAL DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA
PARA TRASPLANTE RENAL

ENERO DE 2000

INDICE

Introducción

1. Criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal
2. Valoración psicológica del receptor
3. Valoración psicológica del donador
4. Diagnóstico psicológico
5. Elaboración del reporte psicológico

INTRODUCCIÓN

El Programa de Trasplante Renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991. Desde entonces al año 2000 se han hecho 134 trasplantes. La realización de un trasplante requiere de la valoración médica, social y psicológica. Una vez que cada disciplina termina su valoración, un grupo de especialistas discute el caso y se emite un dictamen para determinar si los pacientes son aptos o no para el trasplante.

El donador y el receptor necesitan cumplir criterios de inclusión médicos, sociales, psicológicos y legales para ser considerados como candidatos para el trasplante.

El servicio de psicología no es solamente un complemento útil en el equipo de trasplantes, sino que también existe un sustento legal para integrar a dicha disciplina con el equipo médico. En la norma oficial de la federación, publicada el 30 de septiembre de 1994 (NOM-EM OO3-SSA-1994), está establecido que "de los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, el comité estará integrado... por un psiquiatra o psicólogo...".

De manera que, el propósito del presente "Manual de Valoración Psicológica para Trasplante Renal" es el de ofrecer al profesional de la salud mental una serie de lineamientos e instrumentos de apoyo que le permitan valorar con mayor facilidad al paciente donador y receptor.

El manual incluye distintas partes. Para iniciar se da a conocer el criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal el cual ayudará a determinar si un paciente es apto o no para el trasplante. En la segunda parte se describen los puntos que se valoran en el receptor, su importancia y significado. En tercer lugar se detallan los elementos que conforman la valoración psicológica del donador. Esto ayudará a tener un marco de referencia para el momento de entrevistar a los pacientes. En la cuarta parte se hace alusión al criterio a seguir para emitir el diagnóstico psicológico. En quinto término se presentan las recomendaciones para la elaboración del reporte psicológico, tanto del receptor como del donador. En los anexos se incluyen las fichas para valoración psicológica del receptor de donación de vivo relacionado, receptor de donación cadavérica y del donador. Finalmente se muestra un ejemplo de reporte psicológico.

CRITERIO PSICOLÓGICO DE INCLUSIÓN PARA EL TRASPLANTE RENAL

El criterio psicológico de inclusión se elaboró a partir de dos fuentes: el aspecto legal de los trasplantes y los aspectos psicológicos del trasplante. En el aspecto legal se recurrió al decreto por el cual se reforma la Ley General de Salud en materia de Donación y Trasplantes publicada en el Diario Oficial de la Federación (Tomo DLX, No. 18, México, D.F) el viernes 26 de mayo de 2000 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (México, Editorial Porrúa, 1996). En relación con el área psicológica se investigó con personal médico sobre el perfil psicológico que requieren los pacientes y se revisó la forma en que se valora en otro hospital (Ruiz, Vázquez, Corlay y Gracida, 1999).

Como resultado se elaboraron los siguientes criterios de inclusión para trasplante renal.

EL RECEPTOR REQUIERE:

1. Capacidad de comprensión.
2. Ser consciente de los riesgos de trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
3. No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327 de la ley publicada el 26 de mayo de 2000 en diario oficial)
4. Tener adherencia a los tratamientos.
5. Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX)
6. No tener síntomas-cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos).
7. Tener entrenamiento para tolerar el aislamiento.

EL DONADOR REQUIERE:

1. Capacidad de comprensión.
2. Estar libre de coacción física o moral para donar (Art. 16, Fracc. V)
3. Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias así como posibilidades de éxito para el receptor (Art. 16, Fracc. IV)
4. No tener expectativas de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
5. No tener síntomas-cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos)

Con el objetivo de recabar información para identificar si los pacientes cumplen con los criterios mencionados, se han elaborado las "Fichas de Valoración Psicológica" para el donador y el receptor, ya sea para el Protocolo de Donación de Vivo Relacionado o de Donación de Cadáver; en los anexos se muestran cada uno de estos instrumentos semiestructurados que pueden utilizarse como apoyo en la entrevista y no como cuestionarios de pregunta-respuesta. Es decir, el profesional de la salud mental deberá hacer uso de las habilidades clínicas que se requieren para una entrevista cognitivo conductual.

Como resultado del proceso de valoración, el paciente pudiera no cubrir los criterios psicológicos de inclusión. En tal caso, el psicólogo deberá prepararle para que sea apto para el trasplante o donación. Es importante aclarar que la tarea principal se dirige a valorar y preparar a los pacientes psicológicamente para el trasplante, por tanto, si se identifica una problemática (por ejemplo, problemas de pareja) que no interfiera directamente con el trasplante y la evolución post-operatoria, dicho problema no deberá tomar el mayor estatus en la jerarquía de trabajo del psicólogo. Eso no significa que se deba ignorar toda problemática psicológica no relacionada con el trasplante, sino que es necesario jerarquizar las funciones del psicólogo de trasplantes. En todo caso, también es posible recurrir al apoyo de otros profesionales para dar continuidad y atención psicológica a los pacientes y sus familiares.

VALORACION PSICOLÓGICA DEL RECEPTOR

La valoración psicológica en el receptor abarca distintas áreas. En muchos sentidos la valoración busca cubrir puntos importantes que aparecen en la "Ley General de Salud" con respecto a los trasplantes y que están relacionados con aspectos psicológicos, pero también se busca valorar otras áreas de los pacientes, como lo son la aceptación de la enfermedad, la capacidad de comprensión y la relación familiar. A continuación se menciona cada una con una breve explicación de su importancia y significado.

CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN

Uno de los factores más importantes para la evaluación psicológica es el rubro de comprensión. Dicha característica intelectual, implica que el sujeto logre extraer el significado de los signos acústicos o visuográficos en el lenguaje oral o gráfico. Esto es, que a partir de un determinada información, los procesos intelectuales se ocupen de combinar, clasificar y organizar los elementos que la constituyen con el objeto de emitir una determinada conducta que sea adecuada y congruente con las demandas del ambiente (Peña-Casanova, y Barraquer, 1991).

Para el caso de la evaluación en trasplante renal, la aplicación de estos conceptos se realiza a través del interrogatorio durante la entrevista, tanto al receptor como al donador. Una vez que ellos han recibido información adecuada y suficiente sobre el padecimiento de insuficiencia renal crónica (conocimiento del padecimiento), del acto quirúrgico del trasplante y efectos posteriores tales como: toma de medicamentos inmunosupresores y cuidados específicos a su condición de pos-trasplantados; los pacientes deberán ser capaces de explicar en forma concreta, clara, secuencial y en sus propias palabras dicha información. Además, durante la entrevista el paciente será capaz de expresar alternativas de respuesta adecuadas y congruentes con la forma en que reaccionaría para afrontar distintos riesgos del trasplante, como lo son la prolongación del tiempo de aislamiento, la posibilidad de rechazo del injerto, etc.

Los reactivos para la valoración de la capacidad de comprensión incluyen datos básicos en el conocimiento del padecimiento, y se especifican en el formato de la siguiente manera:

- Conocimiento del diagnóstico.

El diagnóstico que recibe el paciente es el de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Cuando los riñones funcionan normalmente expulsan las sustancias de desecho y el exceso de sales que no necesita la sangre, regulan el equilibrio de los líquidos en el cuerpo y mantienen el nivel normal del calcio y fósforo, intervienen en la formación de glóbulos rojos y desempeñan un papel fundamental en el control de la presión arterial, entre otras funciones. En la IRCT, todo eso se ve disminuido y generalmente el paciente necesita diálisis o hemodiálisis, una técnica médica para eliminar las impurezas y sustancias de desecho de la sangre (para más información sobre la enfermedad, ver Merck, 1997, p. 637)

- Conocimiento de la etiología de la enfermedad.

Existen distintas causas para la IRCT: Anomalías de los riñones (como la enfermedad poliquística renal), diabetes mellitus, trastornos autoinmunes (como el lupus eritematoso sistémico), hipertensión arterial, glomerulonefritis y, en muchas ocasiones, de causa indeterminada.

- Conocimiento del pronóstico.

La esperanza de vida para el paciente con IRCT puede variar, pero en promedio oscila entre 3 y 7 años.

- Conocimiento del origen del órgano donado.
- Conocimiento de los procedimientos quirúrgicos (riesgos, tasa de mortalidad).

El riesgo quirúrgico está determinado por la valoración de cardiología y de anestesiología. Generalmente, el promedio de riesgo de mortalidad es del 1% para el donador y del 4% para el receptor).

- Conocimiento de la probabilidad de éxito del trasplante.
(En el servicio de trasplante se maneja una probabilidad de éxito no menor al 90% para trasplante de vivo y no menor al 80% en trasplante de cadáver)
- Conocimiento de la evolución pos - operatoria (probabilidad de rechazo del injerto, período de aislamiento).
- Conocimiento del tipo de medicamentos inmunosupresores y sus efectos secundarios.
- Conocimiento de la etapa de convalecencia (reanudación de actividades cotidianas)
- ¿Qué alternativas tiene usted en caso de que no se llevara a cabo el trasplante?
- ¿Qué alternativas tiene usted en caso de que se presenta rechazo del injerto?

Dadas las características de la población que acude al Hospital Juárez (baja escolaridad, déficits cognoscitivos relacionados con la enfermedad o diálisis, factores socioeconómicos) se recomienda proporcionar dicha información en forma concreta, y en palabras familiares al paciente, inclusive hacer uso de estrategias visuales y espaciales.

La expresión del paciente de la información que se le solicita sobre su enfermedad, el trasplante y sus consecuencias no sólo debe ser de memoria, sino que el conocimiento deberá ayudarlo a entender para preveer, y plantear opciones de solución de problemas y toma de decisiones. Una de las funciones importantes del psicólogo durante esta fase es la intervención para la orientación y reorganización de pensamientos y creencias de los pacientes con relación a la enfermedad y el tratamiento.

ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La aceptación de una enfermedad significa que el paciente conoce y asume la responsabilidad que se obtiene al recibir un diagnóstico. Cuando el paciente es diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, dicha noticia provocará distintos cambios en diversas áreas de la vida del paciente. Tales cambios incluyen (Fitzgerald, 2000, p. 216-219):

Modificación de actividades cotidianas

Dentro de las actividades cotidianas está el aspecto laboral que se relaciona directamente con la productividad económica. En el caso de que el paciente haya aceptado su enfermedad, se espera que considere el tiempo que le implica la diálisis para seguir trabajando, o en su defecto, para suspender actividades laborales. Si ocurriera esto último, hay que explorar la forma en que la familia ayuda económicamente al paciente.

En el aspecto escolar es frecuente que los pacientes tengan que suspender sus estudios debido principalmente al tiempo que implica la realización de diálisis. En dicho caso, deben explorarse las consecuencias que esto ha traído al paciente y las evaluaciones que hace de la situación.

Con referencia a la vida familiar, la enfermedad suele tener efectos en los padres, hermanos o hijos del paciente, a veces los efectos repercuten inclusive en la familia extensa. Los planes económicos cambian y frecuentemente disminuye la autonomía del paciente aumentando su dependencia. El psicólogo necesita valorar de qué forma la enfermedad ha afectado a la familia y cómo han enfrentado la situación.

A continuación se sugieren algunas preguntas para el receptor relacionadas con su vida cotidiana.

- Desde que usted recibió el diagnóstico de IRCT, ¿Eso le ha traído cambios en su trabajo/estudio? Si, No, ¿cuales?
- ¿Ha sido difícil para usted la adaptación a dichos cambios? Si, No, ¿Por qué?
- Después de recibir el diagnóstico de IRCT, ¿se modificó la forma en que usted se relaciona con cada uno de los miembros de su familia? Si, ¿en qué forma? No, ¿por qué?
- (A los familiares del paciente) ¿De qué manera enfrentan el hecho de que su familiar tenga IRCT?

Algunos pacientes podrían responder con "negación" ante el diagnóstico. En tal caso, el paciente no piensa en lo que pasó y realiza actividades como si nada hubiera pasado (Slaikeu, 1988, p.18). Por el contrario, al aceptar el diagnóstico, se espera que el paciente se involucre de manera activa para contribuir a su autocuidado y luchar contra la enfermedad.

ASPECTOS FAMILIARES

La valoración de las relaciones familiares busca determinar que no existan conflictos que puedan poner en riesgo la realización del trasplante y el período post-operatorio. Lo que se espera es que, en el mejor de los casos, la red familiar apoye al donador y al receptor antes, durante y después del trasplante en diferentes aspectos, incluyendo el apoyo emocional, instrumental y materia (Barrón, 1996). Debe recabarse información sobre quién o quienes cuidan al paciente, quién le ayuda a realizar su diálisis, y quién constituye un apoyo ante las preocupaciones de la salud del paciente.

Al entrevistar al donador o al receptor por separado, pueden surgir distintas inquietudes. Por ejemplo, el psicólogo puede encontrar que el donador está

siendo coaccionado por alguno de los miembros de la familia para donar. De ser así, sería inapropiado que se realizara el trasplante.

En el caso de identificar problemas en la familia que condicionen la realización del trasplante, el psicólogo deberá trabajar con la familia o canalizar el caso a un especialista en terapia familiar a fin de preparar a la familia para que pueda realizarse el trasplante.

Para realizar una valoración familiar es posible apoyarse en el genograma (McGoldrick y Gerson, 1985)

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Es el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud. (Meichenbaum y Turk, 1987). La falta de adherencia constituye una amenaza para el costo-efectividad del trasplante renal (Brickman, A. Yount, S. 1996).

La relación médico-paciente también afecta la adherencia. Al no haber acuerdo entre paciente y médico acerca de la naturaleza de la enfermedad, se afectarán las relaciones entre ambos, lo que repercutirá en la adherencia al tratamiento. Esto sucede porque los marcos culturales o lingüísticos de ambos son diferentes, lo que interfiere en la asimilación por parte del paciente de las indicaciones médicas. Esta situación empeorará si el médico no permite que el paciente se exprese libremente y rehusa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica. Por esto se debe explorar el marco de referencia de los pacientes y manejar con respeto sus creencias y suposiciones. La educación del enfermo determina en gran parte sus actitudes ante la enfermedad y la forma de expresar sus quejas. Los enfermos estiman la competencia de los médicos no tanto por sus habilidades técnicas y sus conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas.

MOTIVACIÓN PARA TRASPLANTARSE

La motivación se refiere a un estado interno que puede ser el resultado de una necesidad, y se le caracteriza como algo que activa o excita la conducta que generalmente se dirige a la satisfacción del requerimiento instigador (Davidoff, 1989, p. 331). La motivación lleva a iniciar el comportamiento, a sostenerlo, a adquirir ciertas respuestas y a activar otras aprendidas con anterioridad.

Es importante que el paciente en protocolo de trasplante renal esté motivado para el trasplante. De no ser así, su participación se verá reflejada en faltas a las citas, impuntualidad, poca adherencia a los tratamientos médicos, etc.

Los pacientes receptores frecuentemente si están motivados para trasplantarse. El psicólogo deberá informar que la realización de la cirugía dependerá de distintos elementos, la valoración social, la valoración médica y la valoración psicológica. Pero una pieza fundamental para que se realice el trasplante es la adherencia terapéutica que tenga el paciente.

Algunas preguntas para explorar la motivación del paciente receptor son las siguientes.

- ¿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, etc.) 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?

ACEPTACION VOLUNTARIA DEL TRASPLANTE

Con base en el artículo 26, fracción IX de la Ley General de Salud en materia de trasplante de órganos y tejidos (cfr. Ley General de Salud, México: Porrúa, 1996), donde se especifica que el receptor debe manifestar haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante, se requiere la exploración desde la perspectiva psicológica, para indagar los factores que sustentan dicha decisión.

El receptor, durante la entrevista expresará las razones de su elección por el trasplante renal, las cuales pueden versar en relación con su familia, prospectos laborales, y con base en la información que posee y maneja en relación con el trasplante, su proyección a futuro. También debe proporcionar una breve descripción de cómo llegó a tal decisión en el curso de la enfermedad.

Algunos indicadores negativos de la aceptación voluntaria son la coacción física o moral de familiares o personas significativas, el temor excesivo ante el evento quirúrgico, e ignorancia en relación con ello, y de la ponderación de ventajas y desventajas del trasplante.

Los reactivos que están orientados a la evaluación de esta área son:

- ¿Puede decirme usted en qué consiste un trasplante renal?
- ¿Alguien le sugirió que se trasplantará? Si, No, ¿quién?
- ¿Usted quiere trasplantarse? Si, No, ¿Por qué?
- ¿Alguien le ha dicho que usted tiene la obligación de trasplantarse? Si, No, ¿Porqué?

- ¿Quiénes podrían beneficiarse si usted se trasplantara? ¿por qué?
- ¿Usted se siente obligado a trasplantarse? Si, No, ¿Por qué?

ADQUISICIÓN DEL ÓRGANO

Es importante que el receptor no exija física o moralmente que le donen, ya sea personalmente o a través de una tercera persona, familiar o amistad. Esto tiene que ver con la Ley General de Salud en materia de Donación y Trasplantes publicada en el Diario Oficial de la Federación (Tomo DLX, No. 18, México, D.F) el Viernes 26 de mayo de 2000

A continuación se sugieren algunas preguntas para el receptor con el fin de detectar la forma en que se ha conseguido la participación del donador.

- ¿Cómo surge la propuesta de que sea (nombre del donador) quien le done?
- ¿Quién le pidió a (nombre del donador) que donara?
- ¿Hay alguien que le haya ofrecido algo al donador, a cambio de que donara?
Si, No, ¿Quién? ¿Qué le ofreció? ¿Por qué?
- ¿Usted (receptor) le ha EXIGIDO a (donador) que le done? Si, No, ¿por qué?
- ¿Existe una o más personas que estén insistiendo a (donador) a que done?
Si, No, ¿Quién(es)? ¿Por qué?
- ¿Qué haría Ud. (receptor) si el donador no pudiera donar finalmente ya sea por contraindicación médica o por motivos personales?
- Si no pudieran donarle, usted quedaría: ¿ofendido, resentido, burlado, engañado, insatisfecho, enojado? ¿por qué?
- ¿Usted le reclamaría al donador si finalmente no le dona?
Si, No, ¿Qué le diría? ¿Por qué?

SENSIBILIZACIÓN PARA EL PACIENTE EN PROTOCOLO DE DONACIÓN CADAVERICA

El servicio de trasplante renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991. De dicha fecha al año 2000 se ha trasplantado por donación cadavérica a un máximo de 14 pacientes por año. Cabe mencionar que el Hospital Juárez es una de las unidades que realiza más trasplantes por donación cadavérica a nivel nacional.

Por otro lado, las listas de espera para pacientes renales que buscan la donación cadavérica excede a los 10,000 pacientes en la república mexicana. En el Hospital Juárez la lista de espera es de 80 pacientes. La ausencia de donaciones es un problema nacional; en México no hay una cultura de donación a diferencia de otros países. Se espera que las reformas a la ley general de salud, en materia de trasplante de órganos y tejidos publicada en el diario oficial de la federación el día 27 de mayo de 2000, contribuyan a disminuir este problema.

Por lo antes mencionado, se vuelve importante informar a los pacientes en protocolo de donación cadavérica sobre las posibilidades que existen para el trasplante. Para lograr tal fin, se han elaborado las siguientes preguntas que pretenden sensibilizar al paciente llevándolo de una etapa de precontemplación a la de contemplación (Prochaska y Diclemente, 1982, citado en Miller y Rollnick, 1991, p. 41).

- ¿Sabe qué es un trasplante de cadáver?; describa.
- ¿Puede describirme el pronóstico de su enfermedad?
- ¿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?
- ¿Ha comentado usted con sus familiares y/o conocidos la posibilidad de que no se le trasplante?
- Si: ¿A quién le ha dicho? ¿Qué le contestó ese familiar/conocido?
- No: ¿Qué cree que pasaría si les dijera?
- Si usted no se llega a trasplantar, ¿qué es lo que más le preocuparía?
- ¿Hay alguna forma en que usted pueda preocuparse menos?
- ¿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: ¿qué pasaría si lo hiciera?
- Tomando en cuenta su enfermedad, ¿qué puede usted hacer para vivir de la manera más satisfactoria posible?

PERÍODO DE AISLAMIENTO

En el caso de que se realice el trasplante, ello implica debilitar con medicamentos al sistema inmune del receptor para disminuir el riesgo de rechazar el órgano. Junto con la inmunosupresión del paciente, es necesario aislar al receptor para reducir la posibilidad de adquirir otras enfermedades. Dicho aislamiento, que puede durar de 12 a 40 días, es un período en que no existe la posibilidad de contacto con la gente más que con médicos y enfermeras. No es extraño que, en estas condiciones, los pacientes se sientan ansiosos o solos, lo cual hace más difícil tolerar los días posteriores al trasplante.

De manera que la conducta del paciente es un factor determinante que contribuye, junto con la evolución médica, a la aceptación o rechazo del órgano trasplantado. Baste recordar por ejemplo, que la falta de adherencia al tratamiento es uno de los mayores riesgos para la pérdida del injerto (Brickman y Yount, 1996). En relación con esto, Sillis, Popkin y Najarian (1992) mencionan un estudio en que un paciente de 37 años recibió un trasplante de riñón y el sujeto desarrolló síntomas psicóticos de manera que se le administraron neurolépticos; posteriormente, el paciente solicitó que se le retirara el riñón. De igual forma, los mismos autores reportan en otro caso un trasplante de páncreas en que el paciente desarrolló síntomas psiquiátricos como depresión, desesperanza y

fatiga; también el sujeto pidió que le retiraran el órgano. Los autores concluyen que ambos sujetos fallaron en integrar los órganos trasplantados en un sentido psicológico después de un trasplante técnicamente exitoso.

El psicólogo debe informar al paciente sobre el período de aislamiento, de las dificultades que eso le puede representar e indagar cómo enfrentaría tales dificultades. También está al alcance del psicólogo diseñar algún tipo de intervención para preparar a los pacientes ante el período de aislamiento.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL DONADOR

CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN

Así como el receptor debe conocer y tener capacidad para comprender todo lo relacionado con la enfermedad, su tratamiento y el evento quirúrgico del trasplante, el donador debe poseer también dicho conocimiento que le permita establecer las relaciones entre las características del padecimiento y cómo el trasplante auxilia al paciente a mejorar su calidad de vida. De esta manera el donador se sensibiliza e involucra de forma más estrecha con el acto altruista.

En la evaluación para donador de riñón, se indaga acerca del conocimiento de la enfermedad y de la opción que constituye el trasplante para el paciente, así como de las consecuencias para el donador. De esta forma también se puede apoyar al donador proporcionando información verídica, ante falsas creencias o temores acerca de la donación.

Algunos reactivos para obtener la información mencionada son:

- Conocimiento del diagnóstico del receptor: Si, No, Sabe pero no lo entiende.
- Conocimiento de su etiología: Si, No.
- Conocimiento del pronóstico: Si, No.
- Conoce los procedimientos quirúrgicos de la nefrectomía (riesgos de una cirugía mayor): Si, No.
- Conoce la probabilidad de éxito del trasplante: Sí, No.
- Conoce la evolución post operatoria: (periodo de recuperación, reincorporación a las actividades cotidianas, consultas periódicas de chequeo médico): Si, No.
- ¿Qué haría si no se lleva a cabo el trasplante?

MOTIVACIÓN PARA DONAR

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (México,

Editorial Porrúa, 1996), en su artículo 16, fracción V, menciona que el donador debe estar libre de coacción física o moral para donar. Es decir, el psicólogo necesita valorar que el donador esté tomando la decisión de participar en el protocolo de trasplante por su propia voluntad, de manera altruista y sin que exista algún familiar o amistad que comprometa dicha decisión.

Enseguida se muestran algunas preguntas cuya finalidad es identificar qué factores han llevado al paciente a la decisión de donar un riñón.

- ¿Usted (donador) conoce al receptor? Si, No, ¿Desde cuándo?
- ¿Cómo le conoció?
- ¿Cómo se lleva Usted con el receptor? Describa.
- ¿Existen o han existido conflictos entre Usted y el receptor? Si, No, ¿Cuáles?
- ¿Actualmente están solucionando o ya se solucionaron dichos conflictos?
Sí, ¿Cómo?
No, ¿Por qué?
- ¿Sabe qué repercusiones puede tener en su vida y su salud el hecho de donar?
Sí, No, ¿Cuáles? ¿Quién le dio la información?
- ¿Quién sugirió que usted donara?
- ¿Está usted interesado(a) en donar un riñón?
Sí, ¿qué le motiva a donar?
No, ¿Por qué?
- ¿Existe alguien que haya insistido o que insista en que usted done?
Sí, No, ¿Quiénes y por qué?
- ¿Hay alguien que le haya ofrecido algo a cambio de que usted done?
Sí, No, ¿Quiénes? ¿Qué le han ofrecido?
- ¿Usted se siente obligado o comprometido con (nombre del receptor) para donarle un riñón? Si, No, ¿Por qué?
- ¿Usted va a pedir algo a cambio de donar?
Sí, No, ¿Qué va a pedir? ¿Por qué?
- ¿Sus familiares están enterados de que usted quiere donar?
Sí, ¿quiénes?
No, ¿qué pasaría si se enteran?
- ¿Alguno de sus familiares o conocidos está en contra de que usted done?
Sí, No, ¿quiénes? ¿por qué?
- ¿Qué podría cambiar entre usted y sus familiares y conocidos si usted dona?
- ¿Qué haría usted si finalmente ya no dona, ya sea por indicación médica o por motivos personales?
- ¿Usted se metería en problemas si finalmente no dona?
Sí, No, ¿qué problemas? ¿con quienes?

3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el paciente siga las indicaciones. Por ese motivo, es importante valorar también en el donador sus antecedentes de adherencia con el fin de determinar el grado en que participará en los tratamientos para donar un riñón. En esta sección de la entrevista, el psicólogo indagará sobre los antecedentes de adherencia en el donador.

4. ASPECTOS FAMILIARES

Es recomendable preguntar al donador por separado acerca de la percepción que tiene de su relación familiar. Se le pregunta cuáles son los integrantes de la familia, edad, sexo, ocupación, haciendo un énfasis especial en la forma en que suelen relacionarse los integrantes. Para representar esta valoración es recomendable el uso de genograma (McGoldrick y Gerson, 1985).

EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

La obtención del diagnóstico se obtiene después de identificar que tanto el donador como el receptor cumplan con los criterios de inclusión que se mencionaron al principio de este manual.

En el caso de que se cumplan todos los criterios de inclusión para el Receptor, el diagnóstico será: "Paciente psicológicamente apto para trasplante renal". Cuando uno o más de los criterios de inclusión no se cumplan, el psicólogo deberá preparar al paciente para volverlo apto para el trasplante. No es adecuado decir: "el paciente no está apto para el trasplante"; en lugar de esta afirmación hay que decir: "El paciente todavía no está listo para el trasplante"

Para el caso del donador el manejo es similar. Cuando se cumplen todos los criterios de inclusión el diagnóstico psicológico será: "Paciente psicológicamente apto para donar un riñón". Si el paciente no cubre todos los criterios de inclusión, el psicólogo deberá prepararle para volverlo apto psicológicamente para poder donar.

Cabe mencionar que el psicólogo también puede elaborar otros diagnósticos, como es el caso de encontrar depresión o ansiedad. Si ese fuera el caso, se necesitará trabajar con los pacientes para disminuir tales estados y volverlos aptos para el trasplante. En todo momento habrá que recordar los aspectos biológicos de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal para poder realizar un diagnóstico diferencial y distinguir los síntomas de depresión o ansiedad que están ligadas a la enfermedad, de los síntomas que tienen origen psicológico. Tales diagnósticos auxilian para completar el estudio psicológico. Sin embargo, la meta final para el servicio de psicología en trasplante renal, es que el paciente sea apto psicológicamente para el trasplante.

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL REPORTE PSICOLÓGICO

El reporte psicológico constituye el documento donde se integran los datos obtenidos en la entrevista y de los instrumentos utilizados en la valoración, tanto para el receptor como para el donador. Dicho reporte o resumen debe contener información concreta y sucinta acerca de los aspectos que la ley señala como requisitos para el trasplante, y su relación con la esfera psicológica. Todo esto en un lenguaje claro, descriptivo y explícito, accesible para todos los miembros del equipo médico interdisciplinario que constituye el Comité, órgano facultado para estudiar, consensar y aprobar la realización del trasplante renal.

A continuación se mencionan los rubros que conforman el reporte psicológico:

1. ENCABEZADO

Deberá contener los siguientes datos:

- "HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO",
- "SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL",
- "ÁREA DE PSICOLOGÍA",
- "VALORACIÓN PSICOLÓGICA",
- "RECEPTOR" O "DONADOR" y
- "PROTOCOLO DE DONACIÓN DE VIVO RELACIONADO" ó
- "PROTOCOLO DE DONACIÓN CADAVERICA".

2. EL NÚMERO DE EXPEDIENTE. Identificación institucional del historial del paciente, que facilita el manejo de la documentación médica.

3. FICHA DE IDENTIFICACION. Constituye la mención de datos generales de la persona objeto de evaluación, mismos que proporcionan datos generales y nos permiten contextualizarla. Estos datos son:

- Nombre. Comenzando por el nombre y posteriormente los apellidos.
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Lugar de origen

4. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE. Los datos que se pueden incluir son: fecha en que el paciente ingresa al servicio, con quiénes asistió a su primera consulta de psicología, condiciones de higiene y aliño en que se encuentra,

facies que le caracterizan, actitud durante la entrevista, antecedentes de adherencia terapéutica a la dieta, citas y medicamentos, existencia de hábitos adecuados para la realización de diálisis peritoneal (si ese fuera el caso), y recursos con los que cuenta el paciente. El examen mental (orientación, memoria, lenguaje, pensamiento, juicio, alteraciones de la sensopercepción); así mismo mencionar si se identifican datos de probable psicopatología (depresión, ansiedad, conductas disruptivas o antisociales, antecedentes personales psiquiátricos) (Goldman, 1989, pág. 202). Por último hacer una breve mención de la participación en el protocolo, ya sea como receptor o donador.

5. COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD. En este rubro se mencionará el grado de conocimiento del padecimiento, y del manejo de estos elementos para prever y afrontar situaciones relacionadas con el trasplante.

6. MOTIVACIÓN. Este punto es específico para el caso de receptor, y para donador:

En el primer caso se precisa como **motivación para la realización del trasplante**. Se mencionaran las personas, situaciones de orden familiar, laboral, académicas, afectivas, etc. que constituyan un incentivo para elegir el trasplante renal como una opción ante el padecimiento, así como la proyección a futuro con respecto a calidad de vida.

En el segundo caso se menciona el rubro como **motivación para donación**. Al igual que en el anterior, se mencionaran los aspectos personales, de relación emotiva, filial, familiar, etc. que sean un gran incentivo para donar un riñón.

7. ACEPTACIÓN VOLUNTARIA. En este apartado se hará énfasis en los preceptos legales que indican que el paciente acepta por su propia voluntad tanto el trasplante como la donación:

Para el caso del receptor se debe mencionar que con base en su conocimiento y comprensión el paciente ha decidido y aceptado por propia convicción la realización del trasplante, sin que para ello halla sido presionado u obligado.

Para el caso del donador se especificará también que el conocimiento y comprensión de la enfermedad, así como de los procedimientos quirúrgicos, le ha permitido decidir por propia voluntad la donación del riñón, como un acto altruista, sin que para ello halla sido obligado, física o moralmente, o vaya a recibir pago alguno. En este rubro es importante distinguir los factores que motivan al donador a efectuar dicho acto, ya que puede afectar su estabilidad emocional, además puede tener repercusiones legales.

8. RELACIÓN FAMILIAR. Los aspectos de dinámica familiar, en el aspecto emotivo y afectivo proporcionan un apoyo en el afrontamiento, tanto del

receptor como del donador, ante el proceso que implica el proceso de la enfermedad y la participación en el protocolo. En este apartado se mencionarán las características de esa relación, el tipo de apoyo, material o emocional, que se hace evidente en el grupo familiar, haciendo énfasis en que dicha relación no contraindica el evento quirúrgico. De igual forma, mencionar la solidez de los lazos de apoyo, ya que potencialmente pueden auxiliar después del trasplante.

9. PRUEBAS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA EVALUACIÓN. Los instrumentos que se utilizan regularmente en la evaluación, son aquellos que pueden ayudar a predecir estados de ansiedad, y depresión, estrés, hábitos, etc., tanto en receptor como en donador. En el servicio se utilizan instrumentos de tipo cognitivo conductual, como los inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck. Estos proporcionan un dato que se integra a los datos de entrevista con el formato semiestructurado, que también es un instrumento, y a la apreciación clínica del psicólogo.

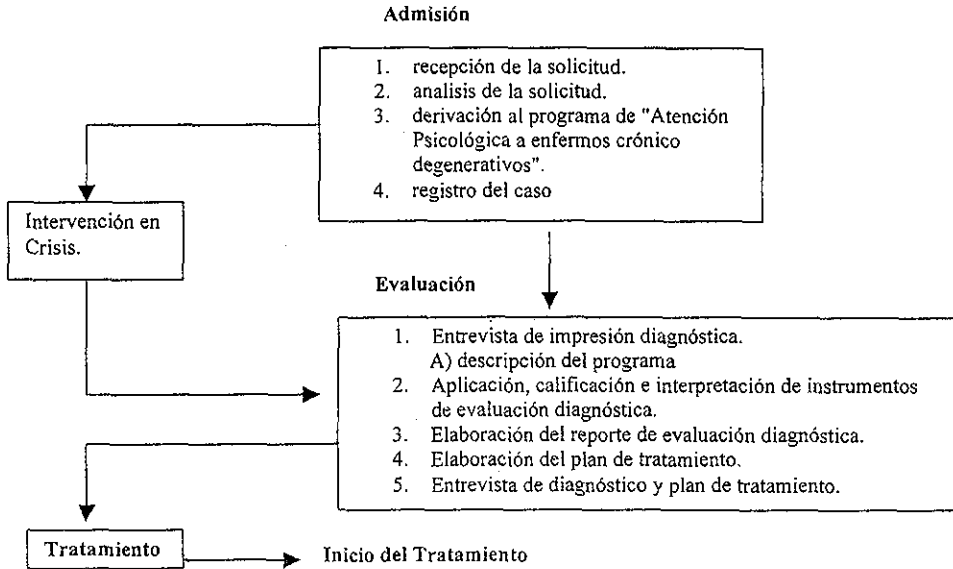
10. RESULTADOS. En este rubro se menciona lo que se obtuvo de los instrumentos o pruebas utilizadas, no en puntaje, sino lo que señala para el caso del constructo que mide, que generalmente hace referencia a nominaciones por intervalos, esto es: leve, moderado, severo, etc., así mismo se menciona con qué tipo de eventos, relacionados con el trasplante o procedimientos quirúrgicos está asociado, por ejemplo "ansiedad moderada ante el periodo de aislamiento". La mención de lo encontrado con auxilio de los instrumentos fundamenta las intervenciones del psicólogo con los usuarios (receptores y donadores).

11. CONCLUSIÓN. Finalmente se elabora un resumen muy concreto, con base en la información mencionada a lo largo del reporte, señalando de igual forma el aspecto psicológico y en cumplimiento de los requisitos legales, si la persona objeto de la evaluación es **psicológicamente apta o no** para someterse al trasplante renal y todo lo que ello implica (procedimientos, prescripciones médicas, etc.), o en su caso para la donación.

El reporte psicológico como un documento serio y elaborado por un profesional, deberá llevar el nombre del responsable así como su grado académico en la institución, así como el nombre del Jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital, quien se encarga de proporcionar el visto bueno de las apreciaciones del psicólogo, proporcionando apoyo que confirme u oriente aspectos que a su consideración considere pertinentes.

En el anexo 4 se muestra un ejemplo de reporte psicológico del paciente receptor y en el anexo 5 un reporte del donador.

ANEXO 7
"PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A
ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS"



1er. Nivel

Educación para la salud.

- a) Información sobre el padecimiento físico y/o intervención médica y/o psicológica.
- b) Adherencia al tratamiento. Conductas de salud. Cambios en estilos de vida, conductas reductoras de riesgo, cambio de hábitos.

Técnicas:

- 1) Exposición
- 2) Biblioterapia

2º. Nivel

Entrenamiento social para el cuidado de la salud.

- a) Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico.
- b) Entrenamiento en habilidades para establecer apoyo social.

Técnicas:
De entrenamiento: modelamiento, moldeamiento, juego de roles, simulación, retroalimentación correctiva.

3er. Nivel

El afrontamiento a la enfermedad.

Incapacidad y muerte (modelo de auto regulación)

- a) Reacciones emocionales.
- b) Desequilibrio emocional, ansiedad, depresión, miedo, angustia e ira.
 - Búsqueda y conservación de autoimagen satisfactoria.
 - Creencias sobre la enfermedad.
- c) Reacciones desadaptativas.
 - Hacer frente al dolor e incapacidad.
 - Preservar relaciones familiares y sociales
 - Solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto.

Técnicas:

1. Entrenamiento en manejo de ansiedad.
2. Entrenamiento en habilidades sociales.
3. Desensibilización sistemática.
4. Manejo de contingencias.
5. Terapia racional emotiva.
6. Solución de problemas y toma de decisiones.
7. Biorretroalimentación.
8. Contracondicionamiento encubierto.
9. Autocontrol.

Pre Alta

ALTA

- Post evaluación con instrumentos generales y específicos.
- Satisfacción del tratamiento.

SEGUIMIENTO

ANEXO 8
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista de Exploración

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
No. SESIONES: _____
PAGO: _____

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

HISTORIA DEL PROBLEMA.
PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____
DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS: _____

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO?: _____

ANEXO 10
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo: _____

1. Conducta objetivo. Definida ¿cómo?

- a) Excesos cognitivo-conductuales _____

- b) Déficits cognitivo-conductuales _____

- c) Recursos y destrezas cognitivo-conductuales _____

2. Métodos de recolección de información (entrevistas, cuestionarios, escalas, registros, etc.)

- a) Manifestaciones abiertas de la conducta del paciente _____

- b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta _____

- c) Conductas que el paciente monitoreará y registrará _____

- d) Indicadores fisiológicos _____

- e) Conductas que el personal médico monitoreará y registrará _____

- f) Conductas que la familia del paciente monitoreará y registrará _____

- g) Conductas que otros pacientes monitorearán y registrarán _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

) Cambios duraderos en el medio ambiente _____

i. Análisis funcional de la conducta

i) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta _____

o) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta _____

c) Ganancias secundarias por emitir la conducta _____

4. Motivación para el cambio

a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?
para el paciente _____

para la familia _____

para el personal médico _____

b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
le agrada al paciente _____

le desagrada al paciente _____

le es indiferente al paciente _____

5. Otras personas significativas para el paciente _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores que mantienen el problema _____

Modalidad de tratamiento _____

. Programa de intervención

) Objetivo general de tratamiento _____

) Objetivos específicos y actividades por área

• Área familiar

Actividades _____

• Área laboral:

Actividades _____

• Área social

Actividades _____

• Área sexual

Actividades _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• Área Académica

Actividades _____

• Área institucional

Actividades _____

9. Evaluación del Programa de Intervención

a) Monitoreo del programa de tratamiento _____

b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta _____

c) Resultados obtenidos _____

d) Satisfacción al tratamiento _____

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del co-terapeuta

Nombre y firma del supervisor

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Nombre:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00 a.m.							
8:00-9:00 a.m.							
9:00-10:00 a.m.							
10:00-11:00 a.m.							
11:00-12:00 a.m.							
12:00-1:00 p.m.							
1:00-2:00 p.m.							
2:00-3:00 p.m.							
3:00-4:00 p.m.							
4:00-5:00 p.m.							
5:00-6:00 p.m.							
6:00-7:00 p.m.							
7:00-8:00 p.m.							
8:00-9:00 p.m.							
9:00-10:00 p.m.							
10:00-11:00 p.m.							

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 11
FORMATO 1

NOMBRE: _____ FECHA: _____

SITUACIÓN DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2. DEFINICIÓN OBJETIVA DEL PROBLEMA:

A) Eventos contextuales que intervienen
Quien o quienes _____

Tiempo _____

Lugar _____

B) Frecuencia con que se presenta la situación:

Núm. de veces (día, semana, mes) _____

C) Simulación (expresión del problema como suele manifestarse en la realidad)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FORMATO 2

NOMBRE: _____ FECHA: _____

OPCIONES DE SOLUCION (MÍNIMO 3)

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

OPCIONES DE SOLUCION

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FORMATO 3

NOMBRE: _____ FECHA: _____

CONSECUENCIAS DE LA OPCION

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

OPCIONES DE SOLUCION

<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
-------------	-------------	-------------

CONSECUENCIAS

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

ELECCIÓN DE LA OPCION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FORMATO 4

OMBRE: _____ FECHA: _____

SIMULACIÓN (OPCION ELEGIDA)

DESCRIPCIÓN DE LA ALTERNATIVA DE SOLUCION

OGAR: _____

ERSONA: _____

EMPO: _____

ESULTADOS OBTENIDOS:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**