



01968

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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:
LIC. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. DOLORES MERCADO CORONA

COMITÉ TUTORAL:

PRESIDENTE: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
PRIMER VOCAL: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
SEGUNDO VOCAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
TERCER VOCAL: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
SECRETARIO: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
SUPLENTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la oportunidad que me dieron de ingresar a la maestría y a la residencia lo cual ha contribuido determinadamente en mi formación profesional.

A la Dra. Dolores Mercado Corona, que has constituido una guía y ejemplo en mi vida académica, profesional y personal, te admiro.

A la Lic. en Psic. Rebeca Sánchez Monroy, por tu amistad y apoyo constante e incondicional. Siempre agradeceré tus invaluable enseñanzas para la práctica de la psicología clínica.

A mis profesores de Maestría, por orden alfabético, Arturo Martínez, Carlos Santoyo, David Rojas, Fernando Vázquez, Florente López, Héctor Ayala Velásquez, Isaac Seligson, Isabel Reyes Lagunes, Juan José Sánchez Sosa, Leonardo Reynoso Erazo, Lucy Redil, Patricia Andrade Palos, Samuel Jurado. Ustedes han sido los pilares de mi formación en la maestría, gracias por su confianza. He aprendido mucho de ustedes.

A mis padres, Raúl Alcázar Torres y Rosa Maria Olán Pérez, de quienes estoy orgulloso por su ejemplo y dedicación con mis hermanos y yo. Gracias a ustedes he llegado hasta donde estoy, siempre estarán dentro de mí.

A mis hermanos, Javier Adolfo Alcázar Olán y Julio César Alcázar Olán con quienes he compartido los momentos más agradables de mi vida, los quiero.

A Shirley, gracias por tu apoyo y por los bellos momentos que pasamos juntos.

A Dios, por estar siempre conmigo y apoyarme.

A mis compañeros de medicina conductual del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", por su amistad y confianza. Gracias a ustedes aprender es una tarea agradable.

A mis compañeros de la maestría y la residencia. Gracias por su amistad. Con ustedes la maestría fue menos difícil.

RESUMEN

El presente trabajo es un reporte de experiencia profesional que se desarrolló en el campo de psicología aplicada a la salud dentro de la maestría en psicología profesional con residencia en medicina conductual. Primero se hace una introducción para ubicar la necesidad del servicio de psicología en el nivel hospitalario. Enseguida se describen las acciones realizadas en dos años de residencia. En el primer año se prestó atención psicológica en un servicio de trasplante renal donde se realizaron tres tipos de actividades, valoración psicológica para trasplante, preparación psicológica de pacientes para el trasplante y la creación de un manual de valoración psicológica para trasplante con el apoyo de una entrevista semiestructurada específica para la población con enfermedad renal. También se hace referencia a las técnicas cognitivo conductuales que se emplearon, se evalúa al sistema de supervisión, se realiza una autoevaluación de las competencias profesionales alcanzadas y se finaliza con conclusiones y sugerencias. En el segundo año se prestaron servicios psicológicos en una Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos donde se atendió a población con cáncer. Se describen las actividades profesionales desarrolladas, los principios éticos y derechos de los pacientes que normaron las actividades. Se mencionan los objetivos y método con el que se trabajó con los pacientes ilustrándolo en ejemplos de casos. Se presenta una revisión de la literatura sobre las áreas médico-psicológicas que hay que valorar en pacientes que solicitan muerte asistida y se ilustra un estudio realizado en el hospital sobre los problemas psicológicos que presentan los pacientes con cáncer. Finalmente se evalúa al sistema de supervisión y se describen las competencias profesionales alcanzadas.

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

Ubicación general de las necesidades de servicio de psicología en nivel hospitalario 1

Antecedentes de la psicología de la salud y medicina conductual II

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA:

Hospital Juárez de México, Servicio de Trasplante Renal

Características del Hospital Juárez de México 2

Servicio de trasplante renal 4

Características de la insuficiencia renal crónica
Repercusiones psicológicas de la enfermedad renal

Actividades desarrolladas 7

Valoración psicológica para trasplante 7
Objetivo
Procedimiento
Resultados
Evaluación

Preparación de pacientes para trasplante renal 9
Objetivo
Procedimiento
Resultados
Evaluación

Actividades profesionales no programadas 12

Creación del manual de valoración psicológica para trasplante renal 12
Objetivo

Procedimiento	
Resultado	
Evaluación	
Población atendida durante la rotación	14
Empleo de técnicas cognitivo conductuales	
Asistencia a eventos académicos	17
Participación como asistente	
Participación como ponente	
Publicaciones	
Evaluación del sistema de supervisión	19
Supervisión <i>in situ</i>	
Supervisión académica	
Competencias profesionales alcanzadas	21
Conclusiones y sugerencias	21

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA:

Instituto Nacional de Cancerología, Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Características del Instituto Nacional de Cancerología de México	24
Actividades profesionales desarrolladas	26
Actividades diarias del psicólogo en clínica del dolor y cuidados paliativos	26
Principios para el trabajo psicológico con los pacientes	27
Ética	
Los derechos de los pacientes	
Psicología en clínica del dolor y cuidados paliativos	31
Objetivos	
Método	
Procedimiento	
Resultados	
Evaluación de los resultados	

Reporte de trabajo: elaboración de notas psicológicas en el expediente médico	33
Contexto de las intervenciones	33
Ejemplos de casos	33
Caso 1: Problema familiar	33
Caso 2: Depresión	37
Caso 3: Dificultad respiratoria	42
Actividades profesionales no programadas	45
Valoración médico-psicológica del paciente que solicita muerte asistida	45
Introducción	
Objetivo	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Problemas psicológicos en pacientes con cáncer atendidos en una clínica del dolor y cuidados paliativos	53
Introducción	
Objetivos	
Método	
Sujetos	
Instrumentos	
Tipo de estudio	
Prueba estadística	
Procedimiento	
Resultados	
Conclusiones	
Asistencia a eventos académicos	63
Asistencia a congresos	
Participación como ponente	
Evaluación del sistema de supervisión	65
Supervisión <i>in situ</i>	
Supervisión académica	

Competencias profesionales alcanzadas	67
Conclusiones y sugerencias	68
Referencias	70
Anexos	79
1: Manual de valoración psicológica para trasplante renal	80
2: Formato de entrevista para receptor renal de donante vivo	100
3: Formato de entrevista para receptor renal de donante cadavérico	110
4: Formato de entrevista para donador renal	120
5: Reporte psicológico: receptor	127
6: Reporte psicológico: donador	129

UBICACIÓN GENERAL DE LAS NECESIDADES DE SERVICIO GENERAL DE PSICOLOGÍA EN NIVEL HOSPITALARIO

En 1978 la Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud (OMS- Unicef) definió a la salud como

El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la misma, es un objetivo social importantísimo en el mundo (Moctezuma Barragán, 2000, p. 6).

La salud no es sólo un bien necesario sino un factor indispensable para el desarrollo económico y social de cualquier país. En el caso de México la salud es un derecho de acuerdo con lo establecido en el artículo 4º, párrafo cuarto de la constitución actual: "toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."

En México aproximadamente el 55 por ciento de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social (IMSS O ISSSTE). El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que actualmente México cuenta con aproximadamente un 6 por ciento de población sin cobertura oficial de servicios de salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

En nuestro país los servicios de salud se dividen en tres niveles de atención. En el primer nivel se ubican los centros de salud, clínicas de atención primaria o unidades de medicina familiar donde se atienden la mayoría de los problemas más frecuentes. En el segundo nivel se encuentran los hospitales generales que cuentan con cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna, en donde se ofrece internamiento y consulta. En el tercer nivel están las unidades hospitalarias altamente tecnológizadas con atención de sub-especialistas.

Independientemente del nivel de atención hospitalaria, el psicólogo cognitivo conductual puede desempeñar un importante papel contribuyendo al logro de objetivos médicos y aumentar así el bienestar del paciente. Su participación puede incluir el tratamiento ante falta de adherencia médica (Cheney, 1996), preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas (López Roig, Pastor, Rodríguez Marín, 1993), manejo del dolor crónico (Fordyce, 2001; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983), cambio de hábitos (Matarazzo, 1984), regulación de la hipertensión arterial (Ortiz Viveros y Ehrenzweig Sánchez, 1998), tratamiento del patrón conductual tipo A el cual es un factor de riesgo coronario (Reynoso Erazo & Seligson, 1997; Roskies, 1987), autocontrol de la diabetes (Beneit Medina, 1994; Pérez Alvarez, 1993), enfrentamiento con una enfermedad incurable (Ellis y Abrams, 1980; Ellis y Abrams, 1994), tratamiento

de depresión y ansiedad con pacientes hospitalizados (Greenberger y Padesky, 1995; Wright, Thase, Beck y Ludgate, 1993) entre otras.

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA MEDICINA CONDUCTUAL

En el surgimiento de la psicología de la salud influyó el cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad aumentando la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas versus las infecciosas; aquellas están determinadas no por lo que *tienen* las personas sino por lo que *hacen* (Latorre Postigo, 1992; Pomerleau y Brady, 1979). Es decir, los factores de riesgo asociados con las principales causas de mortalidad caen dentro del rubro denominado "estilo de vida" (hábitos de comportamiento).

Los orígenes de la psicología de la salud pueden rastrearse a finales de la década de los sesenta y más ampliamente en los setenta. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la medicina conductual y la bioretroalimentación, que en esos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge. Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sterman fueron algunos de los asesores de los países que se iniciaron en el campo (Rodríguez y Rojas, 1998). En 1978 se creó la división de Psicología de la salud en la American Psychological Association (Sarafino, 1994). La revista *Health Psychology* empezó a publicarse cuatro años después de manera oficial. El primer presidente de la división, Joseph Matarazzo propuso la siguiente definición del campo:

La psicología de la salud es el agregado de contribuciones específicas educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud-enfermedad y disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y formación de políticas de salud (1982, p. 4, citado en Parafino, 1994, p. 14).

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

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud. Éste tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria.

Con respecto a la medicina conductual, se funda en Chicago en 1978 la "Society of Behavioral Medicine" empezando a editarse el boletín "Behavioral Medicine Update" y aparece el primer número de la revista "Journal of Behavioral Medicine" (Bayés, 1985). En 1979 Pomerleau y Brady establecen la siguiente definición:

La medicina conductual puede definirse como a) el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia conductual y modificación de conducta– para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pomerleau y Brady, 1979, p. xii).

En apariencia no es fácil distinguir entre Psicología de la Salud y Medicina Conductual dado que mantienen aspectos semejantes. Buela-Casal y Carrobles, (1996) las comparan con respecto a su objeto de estudio, el énfasis de los tratamientos y el número de personas en que se realiza la intervención como se ilustra en la siguiente tabla.

Comparación entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud.

	OBJETO	MODELO	ÉNFASIS	SUJETOS
PSICOLOGÍA CLÍNICA	Trastornos Psicopatológicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos físicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud	Conductual y psicométrico	Prevención y promoción de la salud.	Comunidad

Buela-Casal y Carrobles, 1996, p. 9

La psicología de la salud destaca por su énfasis en la salud, la prevención y la promoción de la misma especialmente en niveles comunitarios. Por otro lado, la medicina conductual dirige sus acciones a personas con enfermedades físicas en un nivel predominantemente individual o grupal para dar tratamiento en los correlatos emocionales, cognitivos o conductuales que se asocian con el trastorno físico utilizando un enfoque cognitivo conductual para la valoración e intervención (White, 2001).

Aunque en términos teóricos es posible establecer la diferencia en la práctica es difícil encontrar en las publicaciones tal diferenciación (Bayés, 1985).

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". Para el 19 de Junio de 1962, se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México" (Viveros Contreras, 2000). Después del sismo de septiembre de 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de Septiembre de 1989. Actualmente existe el Hospital Juárez del centro de la ciudad de México y el Hospital Juárez ubicado en el norte de la ciudad donde. En el segundo se realizó la rotación.

Ubicación de la sede:

El hospital se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, México, D.F.

Nivel de atención:

El hospital es de segundo nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades.

Servicios del hospital:

La sede cuenta con 7 edificios, 50 consultorios, quirófano con 10 salas, 4 niveles en la torre de hospitalización, 10 aulas, un auditorio, bibliohemeroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas. En el hospital se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades (Vargas Martinez, 2000).

Servicio al que se encontró adscrito el residente de Medicina Conductual:

El servicio se realizó en "Trasplante renal" el cual funciona en el hospital desde 1991. Actualmente está formado por:

- un jefe de servicio y dos médicos adscritos.
- 19 enfermeras divididas en turnos matutino, vespertino y nocturno.
- dos médicos residentes formados en cirugía que realizan curso de subespecialidad en trasplante renal por 12 meses.
- Otros: no hay médicos rotantes. La única excepción fue la solicitud de ayuda de un residente de pediatría para apoyar durante dos trasplantes pediátricos.

Líneas de autoridad:

El residente de medicina conductual tiene como primera autoridad al jefe de servicio. En el caso de permisos de vacaciones se debía solicitar autorización también al jefe de enseñanza y al supervisor académico.

Supervisor *in situ*

Durante la estancia en el hospital el Supervisor *in situ* fue el Psic. Miguel Sandoval, adscrito al servicio de psicología del hospital.

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Características de la Insuficiencia renal crónica

Los riñones 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 Insuficiencia renal crónica (IRC), todo eso se ve disminuido y generalmente el paciente necesita diálisis peritoneal o hemodiálisis, una técnica médica para eliminar las impurezas y sustancias de desecho de la sangre. La esperanza de vida para pacientes en diálisis peritoneal es de 2 a 3 años mientras que en hemodiálisis es de 5 años en promedio (Ramírez Tena, 2000). En 1997 la enfermedad renal ocupó el 8º lugar dentro de las principales causas de mortalidad en la población de edad productiva y el 11º en la población infantil (SSA). Actualmente, la enfermedad renal está considerada como la 13ª causa de muerte en México y cada año puede cobrar al menos la vida de más de 4000 personas (Ramírez Tena, 2000).

Con respecto a los tratamientos, la hemodiálisis se realiza con una máquina que mide aproximadamente 1 metro x 1 metro x 50 cm y los pacientes son dializados en promedio cuatro horas tres veces por semana en las instalaciones del hospital. El procedimiento de diálisis peritoneal utiliza un líquido especial que se introduce por medio de un catéter en el abdomen, ocurre un cambio recíproco de líquidos por medio del peritoneo y se excreta el líquido con los tóxicos. La diálisis peritoneal se enseña a los pacientes en el hospital y posteriormente pueden hacerlo ellos mismos en su casa. Dura dos horas dos o tres veces al día. La tercera opción de tratamiento es el trasplante renal pero antes de este momento es muy frecuente que los pacientes se encuentren en algún tipo de diálisis.

Repercusiones psicológicas de la enfermedad renal

Autonomía. El tiempo y la frecuencia necesarios para la diálisis provocan que los pacientes interrumpen sus actividades para el tratamiento en tal grado que es difícil estudiar en alguna escuela o bien tener un trabajo de medio turno o de tiempo completo. Es por esta razón que una de las primeras áreas que se ven afectadas en los pacientes es la disminución y pérdida de su autonomía viéndose obligados a modificar sus estilos de vida y cambiar los roles que estaban desempeñando (Buchanan y Abram, 1989).

Otras consecuencias psicológicas son las siguientes (Long, 1989, Symister y Friend, 1996).

Ansiedad. La mayoría de los pacientes experimentan episodios de ansiedad en algún momento de su tratamiento, probablemente esto esté asociado a la incertidumbre acerca del futuro debido a la enfermedad.

Depresión. Este trastorno del estado de ánimo se presenta comúnmente en esta población aunque su incidencia podría estar mal cuantificada debido a una identificación errónea de "síntomas depresivos" que más bien tienen una base orgánica y no psicológica. Al considerar esto se ha señalado la dificultad –y probablemente la imposibilidad- de aplicar los criterios del DSM-IV para hacer este diagnóstico en pacientes renales (O'Donnell y Chung, 1997).

Adherencia. El seguimiento de las indicaciones médicas en el paciente con insuficiencia renal crónica debe incluir medicamentos, dieta baja en sales y potasio así como disminución en la ingesta de líquidos. Es difícil que la conducta adherente se presente completamente y en consecuencia el deterioro orgánico de los pacientes puede ocurrir más rápido. En el caso de pacientes trasplantados la falta de adherencia constituye la mayor amenaza para el mantenimiento de la salud y puede causar la muerte (Brickman y Yount, 1996).

Consecuencias sociales. Después de que una persona es diagnosticada con insuficiencia renal crónica su forma de relacionarse cambiará en mayor o menor medida con su pareja, amigos, hijos, padres, trabajo, recreación, etc. Por ejemplo debe invertirse mayor tiempo en el autocuidado y tratamiento lo cual puede crear distanciamiento de las redes sociales habituales. La pérdida o cambio de empleo ocasionará menores ingresos económicos.

Cambio de rol. Los pacientes necesitan dejar muchas de sus actividades para empezar a desempeñarse en el rol de "enfermos". En el caso de personas productivas esto puede implicar un cambio en el que ya no van a "proveer" sino a "depender" de otros para sus cuidados, traslados o incluso necesitar de ayuda económica. Su nuevo contexto será frecuentemente el de un hospital donde tratarán con personal médico y enfermeras.

Problemas sexuales. Como consecuencia de la insuficiencia renal crónica la libido disminuye tanto en hombres como en mujeres. Puede presentarse impotencia parcial o total, dificultad para eyacular, lubricación nula o insuficiente en las mujeres, respuesta orgásmica con menor frecuencia o ausente. Estos problemas tienen una base orgánica de acuerdo con Long (1989) aunque las preocupaciones por la enfermedad también pueden influir en el desempeño sexual.

Aunque todos los pacientes comparten un mismo estresor, la enfermedad renal, no todos responden de igual forma. Seguramente, esto está asociado con la evaluación secundaria que los sujetos realizan con respecto al estresor (Lazarus y Folkman, 1984), el apoyo familiar (Christensen, Turner, Slaughter y Holman,

1989; Palmer, Canzona y Wai, 1989), la autoeficacia (Bandura, 1997) y la participación del equipo terapéutico en el hospital (Stapleton, 2000).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El servicio de trasplante renal tiene como finalidad principal curar a los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica, cuyas opciones de tratamiento son la diálisis y el trasplante; es claro que la segunda alternativa representa mayores beneficios.

Para la realización del trasplante se necesita de un equipo de distintos especialistas, cirujanos de trasplante, nefrólogos, radiólogo, anestesiólogo, cardiólogo, internista, ginecólogo, etc. Es necesario que un psicólogo o psiquiatra participe también en el equipo.

Al considerar lo antes mencionado, la función del psicólogo dentro de trasplantes representa aspectos específicos que contribuyan a 1) evaluar psicológicamente al donador y receptor, y 2) preparar a los pacientes para el trasplante.

Durante las generaciones anteriores de psicólogos residentes se evaluaba a los pacientes a partir de distintos criterios y con distintas pruebas psicológicas; con cada cambio de generación, los nuevos psicólogos introducían nuevas formas de evaluar y reportar. La solicitud del jefe de servicio fue la de establecer un solo criterio de evaluación e informe que pueda ser usado por distintos psicólogos.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA TRASPLANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Un trasplante renal necesita que los pacientes cumplan con criterios médicos, sociales y psicológicos. Mientras que existe cierto consenso en cuanto a las características médicas y sociales que se necesitan para un trasplante, no ocurre así en lo psicológico. Por ejemplo, en los Estados Unidos, de 217 unidades de trasplante renal que existen, sólo el 7% indicaron tener criterios psicosociales para la selección de sus candidatos (Levenson y Olbrisch, 1993). En el hospital Juárez de México se cuenta con un manual general de servicio, que incluye algunos criterios psicológicos pero no considera los aspectos legales de la Ley general de salud para trasplantes. En consecuencia, hubo necesidad de crear, en parte por petición del jefe de servicio, los criterios psicológicos de inclusión para trasplante además de elaborar una forma de evaluar que los pacientes cumplieran con dichos criterios.

Objetivo

Realizar valoración psicológica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal para determinar que cumplan con los criterios de inclusión para trasplantarse.

Procedimiento

Paso 1. Elaboración de los criterios de inclusión para trasplante.

El criterio psicológico de inclusión se elaboró a partir de dos fuentes: el aspecto legal de los trasplantes y los aspectos psicológicos del trasplante. Con respecto a lo 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 preguntó a personal médico sobre el perfil psicológico que requieren los pacientes y se revisó la forma en que se valora en otro hospital (Ruiz Flores, Vázquez Estupiñán, Corlay Noriega y Gracida Juárez, 1999). Como resultado, los criterios de inclusión elaborados fueron los siguientes:

El receptor necesita:

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.
7. Estar preparado para tolerar el aislamiento.

El donador necesita:

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 incurrir en la obtención de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
5. No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.

Paso 2. Elaboración de formatos de entrevista para indagar que el paciente donador y receptor cumpla con cada criterio de inclusión.

Para determinar que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión se elaboraron tres guías semi-estructuradas de entrevista, para el donador, el receptor de donante vivo y el receptor de donante cadavérico. Estas guías están formadas por preguntas cuyo objetivo es detectar cualquier problema con respecto al cumplimiento de cada criterio de inclusión. Las preguntas se elaboraron tomando en cuenta que se aplicarían dentro de un marco de entrevista clínica; ambiente de confianza, espacio físico adecuado y dedicación de tiempo y atención al paciente.

En este sentido, la aplicación de las guías de entrevista involucran necesariamente la participación del entrevistador de acuerdo con Sullivan (1974) pero sin perder de vista el objetivo: determinar si el paciente cubre o no los criterios de inclusión.

Resultados

Finalmente, después de obtener las preguntas adecuadas para indagar si el paciente cumple o no los criterios de inclusión, se crearon tres formatos de entrevista semi-estructurada de acuerdo con la población que se atiende en trasplante renal: formato de entrevista para receptor de donante vivo (anexo 2), formato de entrevista para receptor de donante cadavérico (anexo 3) y formato de entrevista para donador renal (anexo 4). En el producto final también se recaban datos generales del paciente como la ficha de identificación.

Evaluación

Los formatos de entrevista que se lograron constituyen una aportación al servicio de trasplante porque considera aspectos psicológicos de los pacientes tomando en cuenta que tienen insuficiencia renal o bien que son donadores. Anteriormente se evaluaba con formatos de características generales que podrían usarse en cualquier servicio y no se tomaba en cuenta las características médicas de la población.

Por otro lado, los formatos de entrevista no representan un instrumento psicométrico de evaluación dado que no están confiabilizados y validados. Sólo son una herramienta de apoyo para el psicólogo que aplica una entrevista con donador y receptor.

PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA TRASPLANTE RENAL

La realización de un trasplante requiere 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 periodo 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 experimenten síntomas de ansiedad o se sientan solos, lo cual hace más difícil tolerar los días posteriores al trasplante.

Objetivo

Intervenir en los pacientes con IRCT para convertirlos en candidatos aptos para trasplante.

Procedimiento

En la preparación de los pacientes para el trasplante y el aislamiento se llevaban a cabo los siguientes pasos:

Paso 1. Presenciar la entrevista familiar que realiza el jefe de servicio a los pacientes de nuevo ingreso en la cual se encuentran presentes donador y receptor.

Paso 2. Citar a donador y receptor con día y hora para aplicar entrevista diagnóstica de acuerdo con los formatos del anexo 2, 3 y 4.

Paso 3. Informarle al paciente de la función del periodo de aislamiento.

Paso 4. Entrenar al paciente en respiración diafragmática o muscular progresiva incluyendo instrucciones de practicar en casa.

Paso 5. Realizar un recorrido con el paciente indicándole las instalaciones del servicio de trasplante renal.

Paso 6. Presentar al paciente con el personal del área de trasplante renal, médicos, enfermeras y personal de intendencia.

Paso 7. Acercar al paciente al área de quirófanos.

Paso 8. Acompañar al paciente el día del trasplante en su traslado al quirófano.

Paso 9. Dar seguimiento en los cuartos de aislamiento.

Resultados

Los primeros dos pacientes que se trasplantaron no fueron preparados con el procedimiento anterior. Uno de ellos recibió el riñón de un cadáver y al tercer día de aislamiento intentó fugarse.

Posteriormente, se empezó a utilizar el procedimiento mencionado. Se preparó a un total de 30 pacientes para el trasplante de los cuales se trasplantaron 9. En total hubo un caso con intento de fuga, en tres casos se necesitó de fármacos

ansiolíticos y en 5 casos no se presentaron problemas para completar el periodo de aislamiento.

Evaluación

La preparación para aislamiento es una necesidad que contribuye al éxito de un trasplante. La preparación descrita permitía familiarizarse a los pacientes con su medio ambiente y con el equipo de salud.

Una limitante en el trabajo realizado en este rubro, es que fue difícil medir el impacto de la intervención. En su forma más burda se reportó cuántos casos requirieron de ansiolíticos versus los que no necesitaron. Pero hubiera sido mejor incluir otras mediciones, por ejemplo autoregistros de llanto o de síntomas de ansiedad por parte de pacientes preparados para aislamiento para compararlos con otros que no hubieran recibido dicha preparación. Esta opción, aunque atractiva, representa un dilema ético: ¿puede no ofrecerse la intervención de la preparación para aislamiento a unos pacientes para compararlos con otros que si la recibieron?

Estas fueron algunas de las limitantes -además de tener conocimiento escaso sobre diseños de investigación de caso único- que obstaculizaron la labor de investigación aplicada en la sede.

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS:

CREACIÓN DEL MANUAL DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA TRASPLANTE RENAL

La necesidad de elaborar un "Manual de Valoración Psicológica para Trasplante Renal" surge después de que el jefe del servicio de trasplantes aprobó los criterios psicológicos de inclusión que se propusieron para trabajar con sus respectivos formatos de entrevista. La petición era concretamente que se necesitaba de lineamientos establecidos que permitieran a cualquier psicólogo o psiquiatra hacer la evaluación de los pacientes de la misma forma.

El trabajo necesario para la creación y terminación del manual fue realizado en conjunto con la Psic. Laura Rojano García, compañera de generación, que se encontraba rotando en el servicio.

Objetivo

Construir un manual que señalara los lineamientos que necesitan seguirse para valorar al donador y receptor de trasplante renal.

Procedimiento

Paso 1. Elaborar la definición y establecer la importancia de cada criterio de inclusión.

Paso 2. Construir los indicadores relacionados con cada criterio de inclusión (esto permitió hacer las preguntas guía que deben usarse en la entrevista).

Paso 3. Escribir la forma en que se valora al receptor de trasplante renal (con donación de vivo relacionado o de cadáver)

Paso 4. Escribir la forma en que se valora al donador.

Paso 5. Enunciar cuál es el diagnóstico psicológico que se realiza después de la evaluación del donador y el receptor.

Paso 6. Escribir las instrucciones para elaborar el reporte psicológico.

Resultado

Se obtuvo una versión preliminar del manual el cual fue entregado a distintos profesionales de la salud mental. Después de obtener sus observaciones se modificó el manual. La versión final aparece en el anexo 1.

Evaluación

El "manual de valoración psicológica para trasplante renal" es una aportación directa al servicio dado que no existía.

El aspecto favorable del manual es que permite a cualquier psicólogo de nuevo ingreso familiarizarse con el trabajo que se debe realizar en trasplantes específicamente en cuanto a las áreas que hay que valorar en donador y receptor. En su estructura general está bien organizado y representa una valiosa herramienta operativa que contribuye a ahorrar tiempo dado que es más fácil leerlo que transcurrir por uno o dos meses averiguando lo que se necesita hacer en trasplantes.

Con el manual se puede determinar si un paciente está listo o no para el trasplante. Sin embargo, no arroja información en cuanto al grado de aptitud de los pacientes para donar/recibir un riñón. En otras palabras, puede utilizarse sólo en términos de medición nominal y no para medición ordinal.

Mientras que para trabajar es útil, el manual por sí solo no hace explícitas líneas de investigación que puedan seguirse a partir del mismo.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN

El servicio de trasplante renal brinda atención a un número reducido de pacientes comparado con el número que se atiende en un servicio de oncología. Sin embargo, el tiempo destinado para cada paciente es mayor en trasplantes y cada psicólogo tenía a cargo a ciertos pacientes, es decir, los pacientes no eran "rotables".

El periodo conformado de marzo/2000 a febrero/2001 fue cubierto por tres psicólogos. Del total de pacientes vistos sólo se reporta una fracción, la correspondiente al autor de este reporte.

El total de la población fue de 46 personas. La mayoría provenían del Distrito Federal seguidos por el estado de México. Los lugares más alejados de los cuales asistían eran Chiapas, Veracruz y Tlaxcala. Los demás provenían de Hidalgo (ver tabla 1).

Tabla 1.
Lugar de origen de la población

Procedencia:	N
Distrito Federal	20
Estado de México	14
Chiapas	5
Tlaxcala	2
Hidalgo	1
Veracruz	1
Sin el dato*	3
N total:	46

*En 3 casos no se obtuvo la información de la procedencia.

El sexo masculino predominó ligeramente sobre el femenino. El estado civil incluyó a solteros, casados y divorciados. Con respecto a la religión casi en su totalidad fue católica (ver tabla 2) y la mayoría cubrió la secundaria como máximo grado de estudios (ver tabla 3).

En el aspecto psicológico se atendió a 46 personas, 16 donadores y 30 receptores. Nueve personas se trasplantaron, la mayoría de los no trasplantados esperaban una donación cadavérica lo cual ocurre en promedio dos veces al año. La evaluación de los pacientes por parte del jefe de psiquiatría es requisito para considerar que la evaluación psicológica ha sido concluida; 26 pacientes cumplían con este punto, los demás dejaban de asistir por la distancia geográfica, no tenían dinero para continuar en el programa y no se buscó rescatarlos para que se mantuvieran. Como consecuencia de esto sólo se logró concluir 28 expedientes y 18 quedaron incompletos.

Tabla 2.
Reporte general: población atendida de marzo/2000 a febrero/2001 por
psicología en el servicio de trasplante renal

Categoría:	N	N	N
Sexo:	21 femenino	25 masculino	-
Estado civil:	16 solteros	28 casados	2 divorciados
Religión:	44 católicos	1 cristiano	1 evangélico
Tipo de paciente:	16 donadores	16 receptores de donante vivo	14 receptores de donante cadavérico
Trasplantes:	9 trasplantados	21 sin trasplantarse	-
Complicaciones durante el aislamiento:	1 caso con intento de fuga	3 casos con uso de ansiolíticos	5 casos sin complicaciones
Evaluación psicológica:	18 expedientes incompletos	28 expedientes completos	-
Pacientes con VoBo del jefe de psiquiatría	26 pacientes tenían VoBo	20 pacientes no eran conocidos por el jefe de psiquiatría.	-

Nota: la N total es de 46 sujetos.

Tabla 3.
Escolaridad de la población

Nivel	N
Sin primaria	1
Primaria incompleta	1
Primaria completa	7
Secundaria incompleta	3
Secundaria completa	15
Preparatoria o carrera técnica incompleta	7
Preparatoria o carrera técnica completa	4
Carrera profesional incompleta	4
Carrera profesional completa	3
Con posgrado	1
N total	46

En la mayoría de las veces la donación se lograba a partir de los hermanos (9 casos). En 4 ocasiones fue la madre quien donó (ver tabla 4). Una razón de que los familiares más cercanos donaran se encuentra en la compatibilidad biológica

pero ello no era garantía de "querer" donar dado que se presentaron ocasiones donde los familiares no deseaban donar.

Tabla 4.
Parentesco de los donadores

Parentesco	n
Hermano(a)	9
Madre	4
Hijo(a)	1
Primo	1
Cuñada del paciente	1
Total de donadores	16

Empleo de técnicas cognitivo conductuales:

Se recurrió a distintas técnicas para el trabajo con los pacientes:

- La relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983) y la respiración diafragmática (Wilson, 1987) se utilizaba principalmente con pacientes que presentaran ansiedad ya fuera antes del trasplante o durante el período de aislamiento. Estas técnicas son importantes porque fortalecen el autocontrol en el paciente.
- La imaginería guiada (Brigham, Davis y Cameron-Sampey, 1994) fue una técnica utilizada con los pacientes en periodo de aislamiento como un medio distractor de la atención.
- La técnica de solución de problemas y toma de decisiones (D'Zurilla y Nezu, 1999) se utilizó especialmente cuando se detectaba que el paciente donador estaba siendo coaccionado moralmente para donar. Al mismo tiempo que se usaba la técnica, se daban facilidades al paciente para preguntar todo lo que desconociera acerca de las consecuencias físicas de donar un riñón; en esto fue importante el apoyo de los médicos residentes de trasplantes quienes resolvían las dudas de los pacientes. Como resultado final, los pacientes elegían por su propia cuenta lo que consideraban más conveniente.
- El modelo de la terapia racional emotiva (Dryden y Ellis, 1989; Walen, Digiuseppe & Dryden, 1992) fue empleado constantemente con los pacientes. Esta forma de terapia ofrece las ventajas de ser breve y permite resultados inmediatos. Como ejemplo cabe mencionar que los pacientes en periodo de aislamiento con frecuencia fijaban su atención en lo negativo. La intervención se dirigía a explorar y enfatizar las ganancias positivas que obtendrían como resultado de tolerar el periodo de aislamiento.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

El autor de este reporte participó como asistente, ponente y en publicaciones:

Participación como asistente:

Psicosalud 2000: 3ª Conferencia Internacional de Psicología de la Salud.
Ministerio de Salud de la Habana, Cuba.
27 de noviembre al 1 de diciembre del 2000.

Psicología Hospitalaria: el manejo interdisciplinario de los padecimientos psicológicos y orgánicos.
Hospital Juárez de México. 6 al 10 de noviembre del 2000.

Reflexiones sobre el enfermo terminal y la muerte.
Instituto Estatal de Cancerología de Acapulco. 28 al 30 de septiembre del 2000.

1er Curso de Neurología, Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México.
4 al 8 de septiembre del 2000.

Participación como ponente:

"Detección de patrón conductual tipo A en médicos del Hospital Juárez de México (SSA)". 5º Congreso internacional sobre conductismo y ciencias de la conducta. 7 de octubre de 2000, Xalapa, Veracruz.

"Las funciones del área de psicología en el Servicio de Trasplante Renal".
Hospital Juárez de México. 28 de Marzo de 2000, México, DF.

"Funciones del área de psicología en trasplante renal". Hospital General de Zona de Pachuca Hidalgo. 12 de Mayo de 2000.

Publicaciones

Alcázar-Olán, R., Bazán-Borges, A., Mercado-Corona, D., Reynoso-Erazo, L. (2000). *Preparación Psicológica de Pacientes para el Período de Aislamiento*. México: publicación de la XXXIV Asamblea Nacional de Cirujanos del Hospital Juárez de México.

Alcázar-Olán, R., Baltasar-Flores, A., Luna-Rojero, M., Rubio-Carrasco, S. (2000). *Detección de Patrón Conductual Tipo A en Médicos del Hospital Juárez de México*. Memorias del 5º Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Xalapa, Veracruz.

Alcázar Olán, R., Bazán Borges, A., Rojano García, L., Rubio Carrasco, S., Mercado Corona, D. y Reynoso Erazo, L. (2001). Valoración Psicológica para Trasplante Renal. *Revista del Hospital Juárez de México*. 68 (1): 19-23.

Rojano García, L., Bazán Borges, A., Alcázar Olán, R., Mercado Corona, D. y Reynoso Erazo, L. (2001). Aspectos psicosociales, ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal. *Revista del hospital Juárez de México*. 68 (2): 72-76.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Las características de la supervisión están detalladas en el documento "Plan de estudios de maestría en psicología profesional: programa de residencia en medicina conductual" (Ayala Velázquez, 1999) que se entregó a los alumnos de recién ingreso en septiembre de 1999.

En el documento se señala que... "la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias en los alumnos" (p.37).

Supervisión *in situ*

El supervisor *in situ* fue el psicólogo Miguel Sandoval, adscrito del Hospital Juárez. Su formación y práctica profesional tiene corte psicodinámico y en consecuencia la "distancia teórica" quedó establecida desde el inicio de la rotación. No se buscó su asesoría para los casos clínicos además de que él no había rotado por el servicio de trasplantes por lo cual no estaba familiarizado con ésta área de trabajo. Su formación no corresponde con el perfil teórico de la residencia en medicina conductual lo cual representa un obstáculo para el desarrollo de competencias profesionales establecidas por el programa de maestría. Por otra parte, en cuanto al trato personal siempre se mantuvo un ambiente tranquilo y de confianza sin que se presentara algún problema.

Por lo antes dicho, la supervisión *in situ* se mantuvo casi ausente a excepción del apoyo de la Psic. Berta Molina, adscrita del hospital con formación cognitivo-conductual con quien se comentaron algunos casos y se le pidieron lecturas recomendadas acerca de psicología para un medio hospitalario.

El jefe de servicio de psiquiatría, Dr Ricardo Gallardo Contreras también recibía constantemente nuestros reportes de casos de donador y receptor con la finalidad de corroborar los datos y dar su visto bueno a los estudios psicológicos.

Supervisión académica

El primer supervisor asignado fue el Psic. Isaac Seligson N. posteriormente el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo quien asistía en promedio una vez a la semana. Con él se comentaron los proyectos de "aislamiento para trasplante renal", elaboraba sugerencias prácticas para el tratamiento de casos difíciles y estaba actualizado con respecto a nuestras necesidades como alumnos.

El supervisor se mantuvo en contacto constante asistiendo al hospital y coordinó un trabajo para la "detección de patrón conductual tipo A en residentes del hospital Juárez" en el cual participamos. El trabajo se expuso en el 5º Congreso

internacional sobre conductismo y ciencias de la conducta del 7 de octubre de 2000 en Xalapa, Veracruz.

Durante su asistencia se revisaría el libro "Manual de inoculación del estrés" (Meichenbaum, 1985) en conjunto con los demás residentes de psicología y en presencia del coordinador. La actividad no se realizó principalmente porque el tiempo de supervisión se utilizaba para comentar casos.

Los trabajos realizados para la sede fueron dados a conocer al supervisor para obtener sus comentarios y sugerencias, los documentos que se le entregaron incluían los que se encuentran en los anexos 1, 2, 3 y 4.

Un elemento desfavorable de la supervisión es que siempre se realizó con reportes verbales mientras supervisor y supervisado nos encontrábamos "fuera" del sitio donde tiene lugar la interacción paciente-supervisado. La supervisión sería más enriquecedora de haberse realizado por parte del supervisor "mientras" su supervisado interactúa dando consulta al paciente.

En términos generales, puede evaluarse que la supervisión académica ha sido satisfactoria.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Con base en el perfil de egreso de la residencia y en las actividades desarrolladas como residente, considero haber estado desarrollando las siguientes competencias:

- Creación y afinación de intervenciones psicológicas con el fin de responder a las necesidades de los pacientes y del servicio de trasplante renal.
- Trabajo conjunto en coordinación con equipo multidisciplinario formado por médicos adscritos y residentes, enfermeras y trabajadoras sociales.
- Aplicación de diferentes técnicas cognitivo-conductuales.
- Manifestación de respeto y compromiso en relación con la satisfacción de la demanda de los pacientes.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Elaboración y actualización de expedientes de pacientes donadores y receptores.
- Actualización permanente en cuanto a psicología y trasplantes.
- Asistencia puntual a las actividades cotidianas del servicio
- Adaptación al equipo de trabajo de acuerdo con sus horarios y actividades
- Apego a las normas de la institución.
- Solicitar ayuda al reconocer limitaciones académicas y clínicas.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La rotación de un año en el servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México permitió aplicar teorías y técnicas psicológicas en el nivel de intervención con pacientes con una enfermedad crónica degenerativa.

La inserción del psicólogo en formación con enfoque cognitivo conductual en una sede hospitalaria representa la oportunidad de satisfacer necesidades de los pacientes, sus familiares y del hospital

El paradigma cognitivo conductual, y más específicamente, la medicina conductual, ofrece un amplio rango de acción tanto en el sentido clínico del trabajo con los pacientes como en el sentido de investigación para lograr la solidez del conocimiento. Con esta rotación, las competencias desarrolladas se orientaron más hacia el trabajo con los pacientes que hacia la investigación.

Un sistema de supervisión es importante para el desarrollo de las competencias propuestas en el plan de estudios de la maestría. Para futuras rotaciones, se

sugiere que la supervisión no sólo se realice por medio de comentar los casos sino que también el supervisor observe al supervisado cuando está ocurriendo la interacción entre paciente y alumno. De esa forma podrán surgir más elementos para la retroalimentación del alumno.

Las actividades profesionales que se realizan en un hospital son importantes porque permiten satisfacer las necesidades psicológicas de su población. Sin embargo, un elemento no aprovechado por los alumnos es el de la posibilidad de realizar investigación durante su estancia en la sede. Una causa de esto radica en una iniciativa parcial de los alumnos para hacer investigación aunque otro motivo es que varias veces los supervisores *in situ*, *ex situ* y tutores, se encuentran frecuentemente en líneas de investigación distintas a lo que se realiza en un hospital. La sugerencia es que se puedan conseguir más supervisores que tengan líneas de investigación aplicadas al trabajo con pacientes de hospital.

Otro elemento que permitiría evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas sería fortalecer nuestra formación en cuanto a diseños de caso único o bien diseños de poblaciones pequeñas. El rigor metodológico en nuestro trabajo sería una herramienta poderosa para poder reportar nuestros resultados entre psicólogos y al personal hospitalario, lo cual podría contribuir para ganar mayor credibilidad y aceptación entre el personal médico.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:

**INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA DE MÉXICO**

**SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS**

CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE MÉXICO

El hospital inicia como un dispensario llamado Dr. Ulises Valdés en la calle 131 de Chopo, D.F. donde se brindaba atención a pacientes oncológicos del área ginecológica. El 25 de noviembre de 1946, durante el sexenio del Gral. Manuel Avila Camacho, por decreto presidencial nace el Instituto Nacional de Cancerología que inicia con los servicios de consulta externa, laboratorio, rayos x y patología entre otros. El 30 de diciembre de 1950, con la presidencia del Lic. Miguel Alemán Valdés, se decreta la ley del Instituto Nacional de Cancerología ampliando su espacio físico para instalar un equipo de radioterapia y camas para la aplicación de braquiterapia con radium para las pacientes con carcinoma cervicouterino. En 1963 el instituto se traslada al que era el Pabellón de oncología del seguro social en Niños Héroes 151 de la colonia doctores.

En 1972 se crean las divisiones de cirugía, radioterapia y medicina interna. Se implementaron los programas de enseñanza con reconocimiento universitario de la especialidad de oncología clínica y radioterapia.

Ubicación de la sede:

En 1980 el hospital cambió sus instalaciones al lugar donde se encuentra actualmente, Av San Fernando No. 22, Tlalpan.

Nivel de atención:

El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos.

Servicios del Instituto:

Su atención está dirigida a no derechohabientes de la seguridad social provenientes de todo el país buscando no sólo diagnosticar sino también tratar, rehabilitar y dar seguimiento. Como parte de sus funciones también se encuentra la enseñanza médica y la investigación.

La atención a pacientes abarca las siguientes especialidades:

Anestesiología	Oftalmología
Bucodentomaxilar	Medicina nuclear
Cirugía oncológica	Neurología
Ginecología oncológica	Psico-oncología
Oncología médica	Otorrinolaringología
Hematología	Ortopedia
Radio-oncología (teleterapia, braquiterapia)	Cirugía plástica
Algología	Neumología
Endoscopia	Gastroenterología
Epidemiología	Urología
Nutrición	Patología oncológica
	Citopatología

Servicio al que se encontró adscrito el residente de Medicina conductual:

El servicio donde se realizó la residencia fue el de "Clínica del dolor y cuidados Paliativos" el cual está formado por un algólogo jefe de servicio, dos médicos algólogos adscritos y siete médicos anesestesiólogos que realizaban una sub-especialidad en algología. El servicio también contaba con 3 enfermeras de lunes a viernes en el turno matutino. Una se encontraba en consulta externa, otra en el área de procedimientos y la otra en el área de hospitalización. A veces había más enfermeras, por ejemplo 2 en cada área y hasta 3 en la consulta externa. El servicio también tenía una trabajadora social adscrita con quien se mantuvo contacto frecuente dentro del trabajo psicológico.

Líneas de autoridad:

El jefe inmediato era el Jefe de servicio, seguido por el jefe de enseñanza.

Supervisión *in situ*:

El supervisor *in situ* fue el Psic. Salvador Alvarado Aguilar quien ha trabajado con pacientes con cáncer desde el inicio de los 90's. Él se encuentra adscrito al servicio de "Psico-oncología" el cual es independiente de "Clínica del dolor y cuidados paliativos".

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

PSICOLOGÍA EN CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

En la clínica del dolor y cuidados paliativos existe una "Guía de referencia rápida para el equipo terapéutico, profesores, residentes, rotatorios y visitantes" la cual funciona como "Manual del servicio". En este documento se hace mención de la función del área de psicología:

Realizar evaluación psicológica de los pacientes de la Clínica del dolor y cuidados paliativos, así como el abordaje terapéutico que deberá abordar las áreas de: esclarecimiento, terapia en crisis, terapia familiar, terapias de relajación y otras, terapia grupal. Los procedimientos psicológicos se realizarán cuando los médicos del servicio detecten disfunción emocional, social y/o familiar. (Alende-Pérez y Mayer Rivera, sin año y sin página).

En el texto no se hace referencia a otros detalles de la función del psicólogo para el servicio. Como consecuencia hubo la necesidad de identificar empíricamente, con el transcurrir de los días preguntando a las personas de mayor antigüedad en el servicio, cuál era la labor que se esperaba realice el psicólogo en clínica del dolor.

Con la información recabada, se logró identificar que el trabajo psicológico y médico en la clínica del dolor se mantiene dentro de un marco de "Cuidados paliativos" los cuales consisten en:

la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo (Report of the Subcommittee on Palliative Cancer Care. Europe Against Cancer Programme, 1993, citado en Gómez-Sancho, 1999, p. 164).

ACTIVIDADES DIARIAS DEL PSICÓLOGO EN CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

En términos generales las actividades profesionales realizadas como psicólogo incluyeron:

- Realizar intervención en crisis en pacientes o familiares que reciben el diagnóstico de cáncer o que han sido informados de estar fuera de tratamiento curativo.
- Realizar valoración psicológica que incluya el grado en que los pacientes saben de su enfermedad y la información adicional que quisieran obtener.

- Detectar y solucionar conflictos familiares que interfieran con el tratamiento médico y que impidan la calidad de vida del paciente.
- Realizar intervención psicológica en casos de depresión y ansiedad los cuales son diagnósticos frecuentes en los pacientes con cáncer.
- Ayudar a que los pacientes comprendan la información médica que reciben.
- Dar atención psicológica en conjunto con el equipo de visitas domiciliarias para aumentar el bienestar del paciente y familiares.
- Conocer y manejar el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-R.

También se realizaban otras actividades que contribuían al cumplimiento de las anteriores:

- Cumplir con las obligaciones estipuladas por el Curso de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos lo cual incluye: entrega de un resumen semanal sobre un artículo científico relacionado con el área y presentar el resumen psicológico de los casos clínicos que se soliciten.
- Coordinarse y mantenerse en contacto con el personal médico y de enfermería para estar enterado de los pacientes que requieren de atención psicológica.
- Elaborar un reporte de productividad detallando las actividades realizadas y número de pacientes atendidos por mes.
- Citar a pacientes y/o familiares a consulta externa en psicología.
- Asistir al pase de visita en hospitalización en los días y horas establecidos por el jefe de servicio para detectar casos que necesiten valoración e intervención psicológica.
- Aplicar pruebas psicológicas objetivas para confirmar diagnósticos psicológicos.
- Elaborar Nota Psicológica en el expediente de cada paciente que se atiende utilizando el formato "SOAP". Donde "S" es lo referido por el paciente, "O" es lo que observa el psicólogo incluyendo el examen mental, si el paciente está enterado o no de su enfermedad y pronóstico, locus de control, estilo de afrontamiento, apoyo social –instrumental, económico y emocional-. "A" representa la impresión diagnóstica o diagnóstico psicológico. "P" es la intervención psicológica realizada con el paciente y plan para las próximas sesiones.

PRINCIPIOS PARA EL TRABAJO PSICOLÓGICO CON LOS PACIENTES

Ética

Existen principios internacionales para proveer de atención al paciente de cuidados paliativos y su familia (Doyle, Jeffrey y Calman, 2000; Fonegra de Jaramillo, 1999; Sans Ortiz, 1999). Varios de los principios fueron utilizados

constantemente, en la práctica psicológica de evaluación e intervención con los pacientes por medio de informarles acerca de estos derechos como una forma de poder lograr metas personales de los pacientes y aumentar su bienestar.

Enseguida se mencionan algunos de estos principios.

Principio de autonomía:

Las decisiones de un paciente adulto, mentalmente competente y suficientemente informado, son éticamente inviolables, aun si ellas implican el rechazo a tratamientos e intervenciones que el médico puede considerar aconsejables. Cuando el paciente no está capacitado para comunicarse o tomar decisiones, debe hacerlo el familiar que le cuida con base en los deseos expresados previamente por él. Si no existe el cuidador o no se conocen explícitamente los deseos del paciente el equipo tratante tomará las decisiones. Para mantener el cumplimiento de este principio en el Incan surgió la propuesta de elaborar un "testamento de vida" en el cual el paciente expresa por escrito las opciones de tratamiento que quisiera que se realizaran en él en caso de que en algún momento no pudiera expresar sus deseos.

Principio de beneficencia y no maleficencia:

Toda decisión debe encaminarse hacia hacer el bien y no dañar. El concepto de daño incluye lesiones biológicas, violación de derechos, injusticias y errores de la práctica médica. Por ejemplo deben evitarse cirugías o quimioterapias intensas en un paciente con cáncer metastásico dado que las intervenciones lo perjudicarán más de lo que le ayuden. Desafortunadamente, este es un principio que difícilmente practica el personal médico llegando a incurrir en el "encarnizamiento terapéutico", intentar curar a toda costa. Probablemente lo hagan así debido a que fueron "educados para curar" y no para permitir morir cuando la muerte es la consecuencia inevitable. Sería interesante investigar si tal actitud se asocia con la creencia de que "si el paciente muere, soy un fracaso como médico".

Principio de justicia:

La justicia mira por el "bien común" (nivel público). El bien común es el bien de todos y es siempre superior al bien de los individuos concretos. La justicia es la ética de la distribución justa y equitativa de los inconvenientes y beneficios dentro de una comunidad. La obligación ética del médico es no malgastar recursos en pacientes que no se beneficiarán de ellos.

Durante el trabajo con los pacientes uno de los principios que más se hacía saber a los pacientes es el de autonomía. También se les informaba que, independientemente de las decisiones que tomaran con respecto a sus tratamientos, siempre tendrían derecho a regresar al hospital para seguir

recibiendo atención. También se les informaba que podían cambiar de decisión y de todos modos se les atendería. En la práctica se encontró que varios pacientes se sentían "comprometidos" a aceptar todo lo que los médicos proponían; después de darles esta información, tomaban sus decisiones con mayor libertad.

Los derechos de los pacientes

En México existe un organismo relativamente nuevo que se ha centrado en la relación médico paciente:

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico se creó en 1996 como un órgano desconcentrado de la secretaría de salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios (Moctezuma Barragán, 2000, p. 148).

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, también conocida como "CONAMED", mediante estudios de consenso con distintos médicos especialistas del país ha elaborado un "Proyecto de carta de los derechos de los pacientes" publicado por ellos mismos en el 2001. El proyecto es importante porque se está elaborando en México para su aplicación en México. La propuesta incluye los siguientes derechos generales de los pacientes.

Recibir trato digno y respetuoso:

El paciente tiene derecho a que los profesionales que le brinden atención médica, le otorguen un trato conforme a su dignidad humana, respetando en todo momento sus convicciones personales y morales. Siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato debe hacerse extensivo a los familiares.

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz:

El paciente, en su caso sus familiares o el responsable legal, tienen derecho a que la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento médicos, sea lo suficientemente completa para que puedan tomar las decisiones que más les favorezcan; expresada en forma clara que sea comprensible evitando en todo momento ocultar información fundamental sobre la naturaleza, estado y evolución del padecimiento.

Decidir libremente sobre su atención:

El paciente tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y libre de cualquier forma de presión, sobre todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que forme parte de la atención médica que recibe.

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado:

El paciente tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando deba sujetarse por fines diagnósticos o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa sobre las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse durante el acto médico así como de los beneficios que se esperan.

Tener un expediente clínico:

El paciente tienen derecho a que el conjunto de datos relacionados con su diagnóstico y tratamiento sean asentados en forma clara, precisa y legible en un expediente que deberá cumplir con las características propias de este documento. También tiene derecho a que se le entregue un resumen clínico de la atención médica recibida cuando así lo solicite.

Ser tratado con confidencialidad:

El paciente tiene derecho a que la información que exprese a su médico en relación con su estado de salud, al igual que aquella de carácter personal, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte.

Recibir atención médica adecuada:

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal que se encuentre preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y de acuerdo con las circunstancias en que se brinda la atención.

Contar con facilidades para obtener una segunda opción:

La atención médica adecuada supone el derecho del paciente a obtener por escrito la información necesaria para solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Recibir atención en cualquier establecimiento médico con el fin de resolver una urgencia:

Tiene derecho a recibir atención médica de urgencia, en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Salud con el propósito de restablecer sus condiciones de salud particularmente cuando está en peligro su vida, un órgano o función.

Presentar inconformidad por atención médica deficiente:

Tiene derecho a inconformarse cuando presuma que la atención médica brindada por el equipo de salud no se haya ajustado a los estándares adecuados.

Durante el trabajo con pacientes de clínica del dolor y cuidados paliativos, se tomaban en cuenta varios de estos derechos.

PSICOLOGIA EN CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS: OBJETIVOS

El área de psicología dentro de clínica del dolor y cuidados paliativos constituye un elemento importante en el equipo transdisciplinario cuyo objetivo fundamental es apoyar a los pacientes en el alivio de síntomas físicos –incluido el dolor- y emocionales así como brindar apoyo y orientación a sus familiares.

Para la elaboración de este rubro se consideraron algunos puntos sobre "objetivos específicos" señalados en el "Plan de estudios de maestría en psicología profesional: programa de residencia en medicina conductual" (Ayaña Velázquez, 1999). Los objetivos con los que se trabajaron fueron los siguientes.

1. Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por el cáncer.
2. Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
3. Entrenar a los pacientes en técnicas de solución de problemas, habilidades sociales, relajación, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
4. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

MÉTODO

Los objetivos descritos son distintos y su cumplimiento necesitaría de un método diferente para cada uno. Sin embargo, enseguida se describirá el procedimiento que generalmente se seguía para cumplir los objetivos y posteriormente se darán algunos ejemplos específicos con respecto a casos de pacientes.

PROCEDIMIENTO

Paso 1. Identificar los casos que requerían de atención psicológica:

Esto se lograba preguntando a los médicos residentes sobre los pacientes que, desde su punto de vista, necesitan de atención o bien se elegían a los pacientes que uno como psicólogo considerara que necesitan atención psicológica. Algunos indicadores de que alguien necesita atención psicológica eran la presencia de llanto en el paciente, quejas emocionales referidas por los pacientes, falta de adherencia a los tratamientos médicos, estar entre las edades de 20 y 50 años dado que en esta edad se presentan significativamente más

casos de ansiedad y depresión versus edad mayor a 50 años (Ppijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997).

Paso 2. Obtención de datos generales:

Presentarse con el paciente y sus familiares (si están presentes). Solicitarles datos generales de la composición de su familia para y detectar quién es el cuidador primario puesto que esta persona constituye el principal componente de apoyo para el paciente y para seguir con los tratamientos (Chacón Roger y Grau Abalo, 1999; Ferrell, 1998; Rubio Montañés, Sánchez Ibáñez, Ibáñez Estella, Galve Royo, Martí Talens y Mariscal Bernal, 1995) dado que es quien le compra las medicinas, lo cuida mientras está en el hospital, lo traslada y lo cuida en casa. El cuidador primario puede ser por tanto un elemento para fortalecer el efecto de la intervención psicológica y es, a su vez, alguien que necesita de redes sociales sólidas para no claudicar ante el cuidado del paciente (Guinovart Garriga, 2000).

Paso3. Evaluación psicológica:

Quando el paciente es referido por algún médico o enfermera por una causa en especial (e.g. depresión, no quererse realizar un procedimiento médico, llanto, etc) se le informa al paciente que se le está visitando debido a que "(motivo por el cual fue referido)" y se procede a evaluar con el paciente las características del problema psicológico y su relación con el problema de salud (motivo por el cual fue referido).

Paso 4. Planteamiento del problema:

Con los datos recabados en la evaluación se planteaba un problema que a veces comunicábamos al personal médico con el término de "diagnóstico psicológico". Lo más frecuente era identificar depresión, ansiedad, falta de información sobre la enfermedad o los tratamientos.

Paso 5. Intervención:

A partir del diagnóstico se planteaba un objetivo de intervención para resolver el problema y se elegía la forma de lograrlo (técnicas cognitivo-conductuales). La intervención podría ser realizada por completo por el psicólogo o en ocasiones se pedía ayuda de algún médico residente de clínica del dolor por ejemplo para casos de dar más información al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención se identificaban directamente con el paciente uno o dos días después en el caso de pacientes hospitalizados o en las citas

subsecuentes en el caso de pacientes externos. La forma en que se observaban los resultados era verbalmente o con el uso de registros.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La forma en que se identificó si las intervenciones psicológicas fueron eficaces fue a partir de que el problema psicológico identificado había sido resuelto y ya no constituía un obstáculo para el logro de objetivos médicos.

REPORTE DE TRABAJO: ELABORACIÓN DE NOTAS PSICOLÓGICAS EN EL EXPEDIENTE MÉDICO

Es importante destacar que, el hecho de elaborar notas psicológicas en el expediente médico es una habilidad que no desarrollé durante mi año de residencia anterior en el servicio de trasplantes, dado que se construía un expediente psicológico independiente del expediente médico. En consecuencia, al principio hubo dificultad para elaborarlas.

CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES

La mayoría de las acciones psicológicas de evaluación e intervención se llevaron a cabo en áreas de hospitalización donde se encontraban internados los pacientes también conocidas como "piso". En consecuencia las actividades se realizaban junto a la cama del paciente (la cual estaba en un pabellón con otras dos camas) o bien en los pasillos del hospital sin el espacio ni sillas para facilitar la comodidad física con el paciente o familiares. En otras ocasiones se atendía a los pacientes o familiares en el área de consulta externa con intervenciones no mayores a 15 o 20 minutos. Y también se atendió a pacientes ambulatorios en un espacio de aproximadamente dos por un metro que se encontraba en la oficina de trabajo social de clínica del dolor.

El objetivo de trabajo fue principalmente detectar problemas, focalizarlos y resolverlos, en especial aquellos que interfirieran con el logro de objetivos médicos o que obstaculizaran el bienestar subjetivo del paciente.

EJEMPLOS DE CASOS

CASO 1: PROBLEMA FAMILIAR

Primera sesión

Paso 1. Identificación del caso.

El caso es de una paciente atendida en la primera semana de residencia. Los médicos residentes la refirieron por depresión y porque la paciente se negó a la

realización de una transfusión sanguínea dado que eso estaba en contra de su religión (testigo de Jehová).

Paso 2. Obtención de datos generales.

Se trata de una paciente de sexo femenino de 45 años de edad con cáncer cervico uterino fuera de tratamiento oncológico curativo. Casada pero ya no vive con su esposo. Se encuentra hospitalizada acompañada por su Mamá y por su hermana.

Paso3. Evaluación psicológica.

Al observar el expediente médico se encontró que la paciente había estado recibiendo atención del servicio de "Psico-oncología" del hospital con apoyo psicofarmacológico. Se consultó con dicho servicio si se podía participar con el caso y el acuerdo fue que ellos seguirían atendiendo a la paciente y uno podría encargarse de la familia.

Se entrevistó en conjunto a la madre, hermana y esposo de la paciente. El esposo no cree que sea verdad el diagnóstico y pronóstico médico de la paciente y quiere llevarle a otro hospital para buscar más opciones de tratamiento. La madre y las hermanas están conscientes de la enfermedad y le dan apoyo económico y emocional; se han organizado con guardias de 24 horas para acompañarla y no están de acuerdo en buscarle más opciones de tratamiento médico. Los desacuerdos entre el esposo y la familia de origen han sido constantes desde que se conocen.

Paso 4. Planteamiento del problema.

Con los datos recabados y observados se concluyó que existe un "conflicto familiar" y que el esposo desea buscar más tratamientos para la paciente desconociendo la voluntad de ella lo cual obstaculiza el logro de su bienestar.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: que los familiares conozcan la importancia de que la paciente viva tranquila los días que le sigan por vivir y evitar en lo posible conflictos familiares que perjudiquen a la paciente.

Técnicas: Diálogo socrático y normalización de respuestas.

Procedimiento: El esposo insistió en buscar más opciones de tratamiento para la paciente. Ante esto primero se "normalizó" su respuesta apoyando su iniciativa. Posteriormente se le preguntó si la paciente también quería recibir más tratamientos médicos. Contestó que no sabía y que eso no era importante, que lo que se necesitaba era hacer algo para que se salvara. Para fortalecer la

autonomía de la paciente se discutió por medio de preguntas que cada quien es dueño de sus propias decisiones y que él no podría obligar a la paciente en caso de que ella no quiera intentar más tratamientos. Se pidió al esposo que permitiera a la paciente elegir sobre sus tratamientos.

Como plan futuro se decidirá con los familiares de la paciente (sin el esposo) y con la trabajadora social quién es el más adecuado para continuar cuidándola en casa. Se solicitará apoyo a psiquiatría (que ya ha visto antes a la paciente) para que le ayude a decidir sobre dónde continuar sus cuidados, hospital o en casa.

Resultados:

El esposo comentó que le preguntaría a la paciente sobre su voluntad y que conseguiría información de otras opciones de tratamiento. Al área de psico-oncología preguntó a la paciente sobre sus planes del lugar donde quería continuar su cuidado (hospital o en casa) y si quería continuar sus tratamientos; reportaron en su nota del expediente que la paciente prefería quedarse en el hospital aunque eso estuviera en contra del deseo de su esposo.

La nota psicológica que se elaboró en el expediente médico fue la siguiente:

6-Marzo-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos / Psicología de la salud. 1ª vez. Hosp.*

s. Se presenta al hospital madre y hermana de la paciente quienes se han organizado con guardias de 24 horas para cuidado y compra de medicamentos. También se presenta esposo de la pt quien está separado de ella desde hace un año y ha tenido mínima participación para cuidado de la pt. Existen conflictos crónicos entre esposo y madre-hermanas de la pt. Pelean la tutela de la pt entre esposo y familia de origen.

o. El esposo no cree que sea verdad el diagnóstico y pronóstico médico de la paciente y quiere llevarle a otro hospital para buscar más opciones de tratamiento. La madre y las hermanas están conscientes de la enfermedad y le dan apoyo económico y emocional.

a. Se pidió al esposo que permitiera a la paciente que decida sobre qué elegir como futura opción de tratamiento.

p. Se decidirá con los familiares de la pt y con la trabajadora social sobre quién es el más adecuado para continuar cuidándola en casa. Se solicitará apoyo a psico-oncología (que ya ha visto antes a la pt) para que le ayude a decidir sobre dónde continuar sus cuidados, hospital o en casa.

Dr. Plancarte, Mayer, Psic. Alcázar Olán.

* La palabra "Hosp" indica que la paciente estaba hospitalizada, internada.

Evaluación de los resultados:

La forma en que se identificó si las intervenciones psicológicas fueron eficaces fue a partir de que el problema psicológico identificado había sido resuelto y ya no constituía un obstáculo para el logro de objetivos médicos.

Los familiares refirieron que el esposo le dijo a la paciente que iría después por ella; la paciente suele aceptar lo que le propone su marido.

Segunda sesión:

Pasos 1 y 2: quedaron cubiertos en la sesión anterior.

Paso 3. Evaluación psicológica.

Al entrevistar a la hermana de la paciente refirió temor a los problemas que se puedan presentar con el esposo en caso de que ella sea llevada a casa de la familia nuclear. La hermana prefiere que siga en el hospital.

En la entrevista con la madre refirió sentirse tranquila y sin preocupación ante el alta hospitalaria de la paciente.

Paso 4. Planteamiento del problema.

Hermana de paciente que presenta temor ante el alta hospitalaria. La madre está preparada para el alta.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: disminuir en la hermana de la paciente el miedo que presenta por la posible alta hospitalaria.

Técnica: imaginería guiada

Procedimiento: Tomar una respiración profunda, Imaginar el alta de la paciente, estar en casa, imaginar que llega el esposo a buscar a la paciente para llevársela, la hermana busca ayuda con su familia en casa y haciendo llamadas telefónicas, los familiares llegan y hablan con el esposo para tranquilizar las cosas, el esposo desiste de su intento de llevársela.

Resultados:

La hermana de la paciente refirió que pudo seguir las imágenes en su mente y que observó que sí podía manejar los problemas que se presentaran para lograr que se resolvieran.

La nota psicológica que se hizo en el expediente médico fue la siguiente.

8-marzo-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos / Psicología de la salud. Sub.* Hosp.

s. Se realiza entrevista a hermana de la pt quien refiere temor a los problemas que se puedan presentar con el esposo de la pt en caso de que la pt sea llevada a casa de la familia nuclear. La hermana prefiere que siga en el hospital.

o. Familiar en buenas condiciones de higiene y aliño, cooperadora, tranquila, orientada en espacio, tiempo y persona, en estado de alerta, memorias reciente y remota conservadas, lenguaje congruente.

a. La hermana presenta temor y preocupación asociados al alta hospitalaria. Cuenta con recursos de enfrentamiento activo y apoyo social de familiares para disminuir dicho temor.

p. Se utilizó imaginería guiada para manejo del temor en la hermana de la paciente.

Entrevista realizada a la madre:

s. Refiere sentirse tranquila y sin preocupación ante el alta hospitalaria de la pt.

o. Consciente, cooperadora, en estado de alerta, orientada en las 3 esferas, sin alteración en el afecto.

a.no presenta síntomas de ansiedad. Está preparada para el alta de la pt.

p. Mantener seguimiento hospitalario con apoyo psicológico.

Dr. Plancarte, Mayer, Psic. Alcázar.

* La palabra "sub" indica que ésta es una nota psicológica de entrevista subsecuente.

Evaluación de los resultados:

La hermana de la paciente refirió sentirse mejor por observar que sí cuenta con los recursos para enfrentar problemas en caso de que se presenten.

La paciente falleció en el hospital.

CASO 2: DEPRESIÓN

Primera sesión.

Paso 1. Identificación del caso.

Uno de los médicos residentes de clínica del dolor refirió a un paciente hospitalizado por depresión.

Paso 2. Obtención de datos generales.

Se trataba de un joven de 22 años con cáncer de testículo, metástasis en cabeza de fémur y actividad tumoral en cerebro. Se encontraba acompañado por su mamá quien se alterna con su hija de 25 años para cuidarlo.

Paso3. Evaluación psicológica.

El paciente refirió preocupación porque "no quería que su mamá siguiera sufriendo por todo esto" *sic* refiriéndose al hecho de ser cuidado por ella. Mencionó que no quiere seguir sufriendo y que no quiere más sedantes porque no le gusta estar dormido tanto tiempo dado que eso para él es un indicio de que no está mejorando. Mencionó que ha tenido diferencias con su mamá porque quiere enterarse con los médicos sobre su evolución médica y ella evita eso. El paciente presentó llanto ocasional, parecía triste

Paso 4. Planteamiento del problema.

La madre interfiere con el logro de objetivos del paciente (saber más de su enfermedad). Además el paciente se encuentra preocupado debido a la preocupación que tiene su madre por él lo cual ha constituido un círculo vicioso: él se preocupa por su mamá, la mamá lo ve preocupado con lo cual ella se preocupa, él nota que ella está preocupada y el ciclo se mantiene.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: Orientar a la mamá para dar el mayor respeto posible a la autonomía del paciente.

Técnica: Discriminación entre valores absolutos y no absolutos de acuerdo con la terapia racional emotiva.

Procedimiento. Enseguida se transcribe un fragmento del dialogo que se sostuvo con la madre.

Mamá: No tiene por qué enterarse de su evolución médica ¿qué caso tiene que se siga enterando?

Psic: ¿El tiene la obligación de pensar igual que usted?

Mamá: Pues no.

Psic: Indudablemente usted preferiría que no se enterara pero eso no es una obligación para él. El tiene derecho a decidir como considere más conveniente.

Mamá: Ahora entiendo, creo que siempre he querido que se hagan las cosas a mi manera, pero así no lo estoy ayudando. Si él quiere enterarse, dejaré que se entere.

Resultados:

Al visitar posteriormente al paciente se observó que había preguntado a los doctores sobre su evolución médica y su mamá no interfirió en esto.

La nota psicológica escrita en el expediente en esa fecha fue la siguiente.

20-marzo-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos / psicología de la salud. 1ª vez Hosp.

s. Paciente que refiere preocupación porque "no quiero que mi mamá siga sufriendo por todo esto" sic. No quiere seguir sufriendo y está interesado en saber más de su enfermedad pero su mamá no está de acuerdo en eso. Prefiere evitar sedantes.

o. Durante la entrevista se encuentra consciente, orientado en las tres esferas, facie de tristeza, llanto ocasional, atención y concentración normales. Se muestra intranquilo, afecto triste.

a. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

p. Se habló con madre del paciente para respetar los deseos del paciente con respecto a enterarse más de su enfermedad; refirió que considerará más la voluntad de su hijo.

Dr. Plancarte, mayer, Psic. Alcázar Olán.

Evaluación de los resultados:

Los médicos residentes informaron que el paciente había preguntado más sobre su enfermedad y que le informaron frente a su mamá sin que se presentaran dificultades.

Segunda sesión

Pasos 1 y 2. quedaron cubiertos en la sesión anterior.

Paso3. Evaluación psicológica.

El paciente refirió que quiere evitar molestias, no quiere que los demás estén preocupados por él, no quiere que su madre sufra.

Paso 4. Planteamiento del problema.

El paciente presenta una demanda absolutista con respecto a su mamá: "Ella no debe sufrir" y presenta un supuesto sin base empírica: "le causo molestias a mi mamá".

Paso 5. Intervención.

Objetivo: Debatir la idea irracional de "Mi mamá no debe sufrir"

Técnica: diálogo socrático y sometimiento a confirmación empírica de creencias.

Procedimiento: Consistió en detectar la idea irracional y después refutarla. Parte del dialogo con el paciente fue el siguiente:

Pt: no está bien que mi mamá sufra, no quiero causarle molestias

Psic. ¿tu puedes mandar en las emociones de tu mamá?

Pt. No.

Psic. ¿hay alguna ley que diga que una madre no debe sufrir cuando su hijo está enfermo?

Pt. No. Creo que no la hay.

Psic. En todo caso, la forma en que se sienta tu mamá no es algo que esté directamente dentro de tu control. Además ¿cómo esperas que una mamá no sufra por su hijo enfermo?

Pt. Como que está difícil, ¿verdad?

Psic. ¿le has preguntado a tu mamá si le causas molestias?

Pt. No, pero me doy cuenta.

Psic. ¿por qué no le preguntas?

Pt: Bueno.

Resultados:

Antes de la siguiente sesión la madre reportó lo siguiente:

Mientras lo bañaba le preguntó su hijo:

Pt: mamá, ¿te causo molestias?

Mamá: No. Y en el caso de que me causaras molestias, preferiría que me causaras molestias por mucho tiempo, para estar más tiempo contigo.

La nota psicológica escrita en el expediente en esa fecha fue la siguiente:

22-marzo-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos /psicología de la salud. Sub. Hosp.

s. El paciente refirió que quiere evitar molestias, no quiere que los demás se preocupen por él, no quiere que su mamá sufra.

o. Se le observa alerta, reacciona cuando se le habla, orientado en las tres esferas, atención sin alteración, con capacidad de comprensión, informado sobre su enfermedad y de tener metástasis. No presentó llanto, sólo preocupación por su mamá, tristeza.

a. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

p. Se sometió a prueba la creencia del paciente acerca de que le da molestias a su mamá pidiéndole que se lo preguntara a ella. Se realizó restructuración cognitiva de que su mamá no debe sufrir.

Dr. Plancarte, Mayer, Psic. Alcázar

Evaluación de los resultados.

Los médicos residentes que atendían al paciente refirieron que ya no lo habían visto triste, que estaba con mejor estado de ánimo.

Tercera sesión

Pasos 1 y 2: quedaron cubiertos en la primera sesión.

Paso3. Evaluación psicológica.

El paciente se refirió tranquilo, no mencionó seguir preocupado por dar molestias o por el sufrimiento de su mamá.

Paso 4. Planteamiento del problema.

No se detectó un problema psicológico específico. Para aumentar los efectos del trabajo anterior, se buscó aumentar en el paciente los momentos en que pueda pasar un rato agradable.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: focalizar la atención en situaciones positivas de sus actividades cotidianas.

Técnica: Enfatizar lo positivo.

Procedimiento: Se le preguntó sobre sus actividades preferidas. Se dialogó acerca de la música y cantantes favoritos.

Se le solicitó a la mamá traerle su walkman y casets, pero que No insistiera en que los oyera a menos que él lo pidiera (esto le da cierto sentido de control al paciente).

Resultado.

La madre y hermana del paciente llevaron el walkman y casets al paciente. Ocasionalmente los escuchaba debido a que la mayor parte del tiempo se encontraba dormido.

La nota psicológica en el expediente médico fue la siguiente:

23-marzo-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos / Psicología de la salud. Sub Hosp.

s. Se refirió tranquilo, sin dolor.

o. Paciente alerta, tranquilo, orientado en las tres esferas. Con conocimiento de su enfermedad, sin alteración aparente en el afecto.

a. Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo. Tristeza inicia remisión.

p. Se buscó enfatizar con el paciente las cosas positivas que sí tiene a su alcance para disfrutar. Le traerán walkman y casets con su música preferida.

Dr. Plancarte, Mayer, Psic. Alcázar Olán

Evaluación de la intervención.

El 3 de marzo de 2001 se dio de alta al paciente y se le preguntó:

Psic. ¿sigues preocupado porque tu mamá no sufra?

Pt: si

Psic. ¿eso te sigue afectando mucho?

Pt: No, pues cada quien vive su vida como quiere.

CASO 3: DIFICULTAD RESPIRATORIA

Paso 1. Identificación del caso.

Médicos residentes refieren a paciente por ansiedad asociada con dificultad respiratoria.

Paso 2. Obtención de datos generales.

Paciente femenina de 25 años hospitalizada con cáncer de pulmón acompañada de su hermana.

Paso 3. Evaluación psicológica.

La paciente se refiere angustiada por no poder respirar. Se observa en ella respiración agitada y superficial con frecuencia de 36/minuto. Lenguaje poco articulado secundario a la disnea.

Paso 4. Planteamiento del problema.

La paciente presenta ansiedad debido a su dificultad respiratoria. Se encuentra en un círculo vicioso: no puede respirar y se pone ansiosa, con el aumento de la ansiedad aumenta la percepción de la dificultad respiratoria, al observar mayor dificultad respiratoria aumenta la ansiedad, y así sucesivamente.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: Disminuir la ansiedad por medio aumentar el control sobre la respiración.

Técnica: Relajación muscular progresiva.

Procedimiento:

- Estando acostada se le pidió colocarse en una posición cómoda.
- Se le informó que se le enseñaría un ejercicio para que ella tuviera mayor control sobre su respiración.
- Se le pidió tensar su mano derecha mientras se contaba de 1 a 5 para alcanzar en el número 5 la mayor tensión, la cual debería de sostener por aproximadamente 5 segundos y después destensaría para notar la sensación de relajación.
- De igual forma se procedió con: su mano izquierda, bíceps derecho, bíceps izquierdo, pie derecho, pie izquierdo pantorrilla derecha, pantorrilla izquierda, muslos, región abdominal, la región de pecho y espalda no se incluyó para evitar riesgo de incomodidad en la paciente (cáncer de pulmón), luego cuello, mandíbulas, nariz, frente.
- Se preguntó a la paciente si tuvo dificultad para tensar y relajar alguna parte.
- Se reinició la tensión y distensión de los grupos musculares intercalándolo con respiración profunda.
- Se preguntó a la paciente si había algún músculo que no estuviera relajado.
- Se le pidió practicar el ejercicio especialmente si tenía dificultad para respirar.

Resultados:

La paciente refirió sentirse mejor después del ejercicio. Su frecuencia respiratoria cambió de 36/minuto a 24/minuto.

La nota psicológica escrita en el expediente en esa fecha fue la siguiente.

8-abril-01. Clínica del dolor y cuidados paliativos / psicología de la salud. 1ª vez Hosp.

s. La paciente se refiere preocupada por no poder respirar.

o. Se le encuentra en estado de alerta, cooperadora, orientada en las tres esferas, afecto ansioso, lenguaje poco fluido secundario a insuficiencia respiratoria.

a. Ansiedad asociada a problema respiratorio, frecuencia respiratoria de 36/minuto.

p. Se utilizó técnica de relajación muscular progresiva logrando disminuir su frecuencia respiratoria a 24/minuto. Reportó sentirse mejor.

Dr. Plancarte, mayer, Psic. Alcázar Olán.

Evaluación de los resultados:

Se visitó al otro día a la paciente, estaba tranquila. La hermana refirió que no había presentado nuevamente preocupación por su respiración a pesar de que aún se mantenía un poco agitada.

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS

Durante la residencia en el Instituto Nacional de Cancerología se realizaron algunas actividades que no estaban programadas en el plan de estudios de la maestría. Estas actividades fueron: una revisión acerca de "valoración médico-psicológica del paciente que solicita muerte asistida" y un trabajo de investigación con la población del hospital sobre "Problemas psicológicos en pacientes con cáncer atendidos en una clínica del dolor y cuidados paliativos". Enseguida se describen ambos trabajos.

VALORACIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA DEL PACIENTE QUE SOLICITA MUERTE ASISTIDA

Un tema relevante en el trabajo con pacientes que están fuera de tratamiento curativo es el de la muerte asistida. En este sentido se realizó una revisión de la literatura que finalizó en un trabajo que fue expuesto en la XIX Reunión Nacional Médica del Instituto Nacional de Cancerología de México el 22 de febrero de 2002 en Villahermosa Tabasco.

El trabajo se elaboró en conjunto con Reyes-Chiquete, D. y Plancarte-Sánchez, R., residente y jefe de servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Enseguida se transcribe el contenido de la presentación.

Introducción

En pacientes con enfermedades crónicas se presenta frecuentemente (44.5%) el deseo de morir (Chochinov, Wilson, Enns, Mowchun, Lander, Levitt y Clinch, 1995b) y esto se ve influido por la presencia de dolor, síntomas no controlados, poco apoyo familiar y presencia de depresión (Chochinov, et al, 1995b, Foley, 1991) de manera que cuando se logra la disminución del malestar del paciente, su deseo de acelerar la muerte también disminuye (Hendin, 1999). Es por eso que la petición de muerte podría considerarse más bien como una solicitud de ayuda para vivir y es tarea del clínico explorar y traducir dichas peticiones (Cohen, Steinberg, Hails, Dobscha y Fischel, 2000).

La petición de muerte asistida no sólo está influida por la presencia de sufrimiento físico, sino que también pueden intervenir otros componentes, como lo son el sufrimiento psicológico caracterizado por una respuesta emocional intensa ante la enfermedad u otros estresores que incluso pueda ser motivo de atención psicológica o psiquiátrica, el sufrimiento familiar asociado al cambio en el estilo y calidad de vida y el sufrimiento espiritual relacionado con el sentido de significado y propósito de la propia vida. En esta lista también debe incluirse la naturaleza de la relación médico-paciente como medio importante para lograr satisfacer las necesidades del enfermo.

El equipo de salud debe de estar preparado para manejar al enfermo que solicita que se le ayude a morir.

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es recopilar de la literatura internacional los criterios médicos y psicológicos para evaluar a los pacientes que solicitan muerte asistida con la finalidad de aliviar las necesidades físicas, psicológicas, sociales de los pacientes y sus familias.

MÉTODO

Se revisaron las publicaciones de los últimos 10 años en la base de datos PubMed sobre la valoración médica y psicológica que se realiza a los pacientes que solicitan muerte asistida. Se seleccionaron los artículos que indicaran las áreas de valoración cuando un paciente pide que se le ayude a morir y se excluyeron los artículos que trataran sobre el tema pero que fueran reportes de caso único.

Posteriormente se identificaron las áreas que son evaluadas con mayor frecuencia.

RESULTADOS

Se revisaron 43 artículos de los cuales 9 cumplieron con el criterio de selección. Los demás versaban sobre actitudes hacia la muerte asistida (Berger, Fukunishi, O'Dowd, Osaka, Kuboki y Ishikawa, 1997; Chochinov y Wilson, 1995; Ganzini, Fenn, Lee, Heintz y Bloom, 1996), la toma de decisiones en la familia para retirar el tratamiento (Tilden, Tolle, Nelson y Fields, 2001), actitudes del paciente hacia la eutanasia (Wilson, Scott, Graham, Kozak, Chater, Viola, Faye, Weaver y curran, 2000;) y aspectos éticos de la eutanasia (Razavi, Datso, Delvaux, 1987).

¿El paciente es competente para solicitar muerte asistida?

La competencia consiste en determinar si el paciente entiende el riesgo relativo, las alternativas y si las decisiones resultantes reflejan una opción deliberada del paciente (Rodin, Chmara, Ennis, Fenton, Locking y Steinhouse, 1981). Durante el análisis de los datos se encontró que la valoración de paciente incluye necesariamente la determinación del estado de competencia de éste para poder tomar decisiones. Distintos autores coincidieron en varios puntos como lo son: 1) habilidad del paciente para comunicar un deseo estable y consistente de muerte asistida, 2) que el paciente entienda el propósito y naturaleza del tratamiento que se dará para inducir la muerte, 3) que el paciente pueda apreciar la consecuencia de su decisión, y 4) tener procesos de pensamiento lógico,

secuencial y dirigido a objetivos que permitan hacer comparaciones entre opciones (ver tabla 1).

Tabla 1. Muestra las distintas áreas de competencia que necesita cubrir el paciente que solicita muerte asistida de acuerdo con las propuestas de varios autores.

Referencia:	Zaubler, Mark, Sullivan, 1996.	Ganzini, Leong, Fenn, Silva, Weinstock, 2000.	Baile, DiMaggio, Schapiro, Janofsky, 1993.	Rodin, Chmaro, Ennis, Frenton, Loking, Steinhouse, 1981.	Kleespies, Hughes, Gallacher, 2000.	Appelbaum, Grisso, 1988.
Área de Competencia:						
Habilidad del paciente para comunicar un deseo estable y consistente de muerte asistida.	X	x	x		x	x
Que el paciente entienda el propósito y naturaleza del tratamiento que se dará para inducir la muerte.	x	x	X	x	x	X
Que el paciente pueda apreciar la consecuencia de su decisión.	x	x	X			X
Tener procesos de pensamiento que permitan hacer comparaciones entre opciones	x	x	X		x	X

Tabla 2. Aspectos que podrían alterar la decisión del paciente (competencia).

Referencia:	Zaubler, Mark, Sullivan, 1996.	Ganzini, Leong, Fenn, Silva, Weinstock, 2000.	Baile, DiMaggio, Schapiro, Janofsky, 1993.	Rodin, Chmaro, Ennis, Frenton, Loking, Steinhouse, 1981.	Kleespies, Hughes, Gallacher, 2000.	Appelbaum, Grisso, 1988.
	Depresión severa. La depresión media-moderada no altera la habilidad para toma de decisiones	Depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo.	Estar coaccionado, delirium.	Desesperanza, delirium.	La depresión no altera la decisión.	Tx psicótico, delirium y demencia, fobia extrema, pánico, ansiedad, euforia, depresión y enojo.

Es importante agregar que no todos los autores coincidieron en las alteraciones que pueden influir en las decisiones del paciente y volverlo, por lo tanto, incompetente. Por ejemplo, Kleespies, Hughes y Gallacher (2000) informaron que la presencia de depresión no es un elemento que altere la decisión del paciente; sin embargo no mencionan la intensidad ni el tipo de depresión a la cual se refieren. Zaubler, Marck y Sullivan, (1996) indican que la depresión media-moderada no altera la habilidad para la toma de decisiones. Por el contrario, Appelbaum y Grisso (1988), Block y Billings, (1994), Block y Billings, (1995), Ganzini, Leong, Fenn, Silva y Weinstock (2000) y Rodin, Chmara, Ennis, Frenton, Locking y Steinhouse (1981), coinciden en que la depresión es un elemento que altera la capacidad en la toma de decisiones del paciente y lo mismo ocurre con la presencia de delirium, trastornos adaptativos, trastornos mentales orgánicos, desesperanza, trastornos psicóticos, demencia, fobia extrema o pánico, ansiedad, euforia, enojo y distimia (ver tabla 2).

Áreas de valoración del paciente que solicita muerte asistida:

La mayoría de los autores que se revisó concuerdan en la importancia de valorar la presencia de sufrimiento físico en el paciente que solicita muerte asistida, dado que éste tiene un fuerte efecto en el bienestar del paciente. Otro elemento de coincidencia es la determinación de la capacidad de toma de decisiones, la motivación que tenga para desear morir y la presencia de antecedentes psiquiátricos individuales o familiares. Los autores también tomaron en cuenta la valoración del sufrimiento psicológico, social, existencial-espiritual, la relación médico-paciente y la relación entre el paciente y sus familiares. Sólo en un estudio se informó la importancia de valorar el conocimiento que el paciente tenga de su enfermedad, diagnóstico y opciones de tratamiento (Ver tabla 3).

Tabla 3. Áreas de valoración del paciente que solicita muerte asistida y puntos de coincidencia entre distintos autores.

Autores: Áreas de valoración:	Block y Billings, 1994	Block y Billings, 1995	Cohen, Steinberg, Hais, Dobscha, Fischel, 2000.	Rodin, Chmaro, Ennis, Frenton, Loking, Steinhouse, 1981.	Goldblum & Martin, 1999.
Sufrimiento físico	X	X	X		X
Sufrimiento psicológico	X	X			
Sufrimiento social		X			X
Sufrimiento existencial-espiritual	X	X			
Capacidad para toma de decisiones		X	X	X	
Relación médico-paciente		X			
Dificultades en la relación entre paciente y familiares.	X				
¿cuál es la motivación del paciente?	X		X	X	
Presencia de trastorno psiquiátrico			X	X	X
Conocimiento del paciente acerca de su condición, tratamiento y pronóstico					X

Tabla 4. Áreas de valoración del paciente que solicita muerte asistida.

Presente	Áreas de valoración	Ausente
←	Sufrimiento físico	→
←	Sufrimiento psicológico	→
←	Relación insatisfactoria entre paciente y amigos, médicos	→
←	Sufrimiento social	→
←	Sufrimiento existencial/espiritual	→
←	Relación insatisfactoria médico-paciente	→
←	Dificultades en la relación entre paciente y familiares	→
←	Antecedentes psiquiátricos individuales o familiares	→
←	Conocimiento del paciente acerca de su condición, tratamiento y pronóstico.	→
←	Capacidad para toma de decisiones:	→
	Habilidad del pt para comunicar un deseo estable y consistente	
	El pt entiende el propósito y naturaleza del tratamiento que se le da.	
	El pt puede apreciar las consecuencias de sus decisiones	
	El pt tiene procesos de pensamiento que le permite hacer comparaciones entre opciones	

Los principios que deben guiar las acciones del clínico:

En la revisión se identificaron dos propuestas que podrían guiar al clínico como punto de partida antes de una discusión más amplia ante la petición de muerte asistida.

Por un lado, Quill, Cassel y Meier (1992) hacen alusión a la eutanasia mediante los principios clínicos que se muestran en el siguiente cuadro.

Principios clínicos que debe considerar el equipo de salud en una petición de muerte asistida (Quill, Cassel y Meier, 1992).

- La eutanasia y el suicidio asistido son inapropiados y peligrosos fuera de la relación médico-paciente.
- El médico debería tener una impresión amplia de quién es el paciente en su mundo-vida, sus valores, creencias y las consecuencias que tendrá la decisión del paciente.
- No debe apoyarse la eutanasia en una situación aguda y potencialmente reversible, ya sea médica, psicológica o espiritual.
- El deseo de morir debe ser expresado consistentemente en un periodo de tiempo que permita su discusión.
- El paciente debe ser visto por un psiquiatra que diagnostique y trate enfermedades psiquiátricas en el paciente y la familia.
- Hay que distinguir entre depresión mayor y respuesta normal a la enfermedad.

Por otra parte, Goldblum y Martin (1999) consideraron las peticiones de muerte por parte de pacientes terminales con VIH. Ellos proponen una guía de intervención ante el caso de que el paciente solicite morir o bien tenga ideación suicida. Para estos autores, las preguntas que el clínico debe plantearse son las que se muestran en el cuadro siguiente.

Guía de intervención ante una petición de muerte asistida o ideación suicida (Goldblum y Martin, 1999).

- ¿El paciente percibe que su condición es insoportable?
- ¿El paciente está recibiendo cuidado médico adecuado incluyendo comodidad?
- ¿El paciente entiende su condición, pronóstico y opciones de tratamiento?
- ¿El paciente puede pensar sin distorsiones psicológicas?
- ¿El paciente tiene apoyo social adecuado? ¿Ha incluido a otras personas significativas en la discusión de morir?
- ¿El paciente ha expresado de manera clara y repetitiva su deseo de morir?

A cada pregunta en la cual la respuesta sea "no" el clínico deberá recurrir a acciones de prevención apropiadas de tal manera que se pueda posponer la decisión hasta lograr aliviar todas las necesidades del paciente.

CONCLUSIONES

Un equipo de clínica del dolor y cuidados paliativos maneja constantemente a pacientes que solicitan que se les ayude a acelerar su muerte. Es obligación del equipo de salud considerar esas peticiones como una señal para evaluar distintas áreas alrededor del paciente de tal manera que se puedan satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, familiares y existenciales-espirituales. Como se observó anteriormente, cuando se logra la disminución del malestar del paciente, su deseo de acelerar la muerte también se ve reducido (Hendin, 1999). Es por eso que la petición de muerte podría considerarse más bien como una solicitud de ayuda para vivir y es tarea del clínico explorar y traducir dichas peticiones (Cohen, et al, 2000).

Se propone, a partir de la revisión, que una manera de evaluar al paciente que solicita muerte asistida, es por medio de los criterios la tabla 4: "áreas de valoración del paciente que solicita muerte asistida", el cual guarda semejanza con la propuesta de Cohen, et al (2000). Así, el clínico podrá identificar las áreas que necesitan resolverse en el paciente y de esa manera el equipo de salud

podrá acercarse a la satisfacción de las necesidades generales y específicas del paciente.

Al considerar la tabla 4, es importante que cada área de valoración esté cercana a las condiciones ideales, esto es, que se encuentren ausentes el sufrimiento físico, sufrimiento psicológico, etc. aunque es difícil juzgar si cierta área es más importante que otra dado que eso también está en función de lo que quiere el paciente.

Sugerencias

Hace falta investigación para identificar en la práctica el grado en que las áreas de valoración propuestas en este trabajo puedan ayudar al alivio de las necesidades de los pacientes y sus familias.

Propuesta de futura investigación

Los resultados de este trabajo permiten proponer que en futuras investigaciones se considere a los criterios de la tabla 4 como punto de partida para valorar e intervenir en los pacientes que piden muerte asistida. Lo esperado es que, al lograr un manejo satisfactorio de los puntos expuestos en dicho cuadro, las peticiones de muerte asistida disminuyan, lo cual impactará también sobre la mejora en calidad de vida del paciente y sus familiares.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Una de las actividades asignadas durante la residencia en clínica del dolor fue la de coordinar el trabajo psicológico con dos estudiantes de servicio social procedentes de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza. Los nombres de los prestadores de servicio social son: Flor Hernández Arellano y Raúl Rojas Luna. En conjunto con ellos se realizó un estudio sobre la frecuencia de distintos problemas psicológicos en los pacientes. El trabajo realizado y los resultados se expusieron en el 1er Congreso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos: VII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos el 21 de Marzo de 2002 en Guadalajara Jalisco.

Enseguida se presenta el contenido del trabajo.

Introducción

Existen estudios que señalan la presencia de alteraciones psicológicas en el paciente con cáncer. Por ejemplo, existe un reporte frecuentemente citado con respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs y Carnicke, 1983). Los autores estudiaron a una muestra de 215 pacientes encontrando que los trastornos adaptativos ocuparon el 68% de los casos, los trastornos afectivos el 13%, los trastornos orgánicos mentales (demencia presenil, demencia con depresión y síndrome orgánico cerebral) el 8%, el trastorno de personalidad y abuso de alcohol el 7%, los trastornos de ansiedad el 4% y los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico constituyeron el 53%. Probablemente el principal inconveniente de este estudio reside en su antigüedad; es decir, hay que determinar si los hallazgos siguen siendo vigentes. En este sentido, Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden (1997) realizaron una revisión meta-analítica de 58 artículos relacionados con las secuelas psicológicas del diagnóstico de cáncer y encontraron significativamente más depresión, ansiedad y distrés general en estudios antiguos (entre 1980 y 1988) que en estudios más recientes (de 1987 a 1994). En lo que respecta a la prevalencia de trastornos psicológicos los porcentajes de pacientes con un trastorno depresivo estuvieron en un rango del 0 al 46% y el porcentaje de pacientes con ansiedad fue del 0.9% al 49%.

Depresión en el diagnóstico de cáncer:

Distintas investigaciones reflejan la relevancia que tiene la presencia de depresión en los pacientes con cáncer. Derogatis, et al (1983) estudiaron a 215 pacientes entre septiembre de 1980 y junio de 1981, de los cuales el 47% recibió un diagnóstico con base en el DSM-III. De este total, un 13% de los pacientes presentó depresión, además de que el 85% del grupo presentó depresión o

ansiedad como síntoma principal. Sin embargo, el uso del DSM-III para el diagnóstico de depresión resulta inadecuado en pacientes con cáncer dado que es importante distinguir la etiología de los síntomas de depresión entre la gente aparentemente sana y la población que tiene diagnóstico de cáncer. Una manera de lograr esto, es excluir los síntomas de origen orgánico en la población con enfermedad física (Block, 2000).

Dado que la enfermedad del cáncer constituye un evento de alto impacto al paciente, es posible considerar que, el sólo hecho de conocer el diagnóstico influya en el estado emocional de los enfermos. Por ejemplo, Hyodo, Eguchi, Takigawa, Segawa, Hosokawa, Kamejima e Inone (1999) realizaron un estudio sobre el impacto psicológico entre pacientes con cáncer de pulmón, en el momento de su hospitalización y en el momento de conocer su diagnóstico. Estudiaron a 171 pacientes los cuales fueron valorados con la escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital que tiene dos grupos de preguntas, uno para ansiedad y otro para depresión. De la muestra de 171 pacientes, sólo 119 (69.6%) completaron la serie de cuestionarios, y encontraron que la proporción de pacientes con ansiedad se incrementó del 37% durante la admisión a 50% después de conocer el diagnóstico y para depresión el aumento fue del 27% en la admisión al 31% al saber el diagnóstico. En otra investigación se obtuvo un resultado diferente. Kugaya, Akechi, Okuyama, Nakano, Okamura, Uchitomi (2000) estudiaron un grupo de pacientes (n=107) recién diagnosticados con cáncer en cabeza y/o cuello. 4 tuvieron depresión mayor y 17 tenían antecedentes de depresión mayor. Como puede observarse, parece que no todos los pacientes diagnosticados con cáncer sufren de depresión en la misma proporción.

Además del diagnóstico, existe la posibilidad de que los tratamientos dados a los pacientes con cáncer también influyan modificando sus estados emocionales. En este sentido, Hopwood y Stephens (2000) reportaron en su estudio a personas con cáncer de pulmón de células pequeñas y de células grandes (n=987). Usaron la escala de depresión y ansiedad en el hospital y encontraron que la prevalencia de depresión antes del tratamiento fue del 33% (322 de 987 pacientes) y de ansiedad del 34% (334 de 987 pacientes) además de que hubo concurrencia de depresión y ansiedad en 21% de los pacientes.

Ansiedad

La ansiedad se define como una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivos, fisiológicos y motores. La ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores hasta temblores e incluso angustia completa, el tipo más extremo de ansiedad.

En pacientes recientemente diagnosticados de un tumor la respuesta inmediata es seguida por un periodo de inestabilidad emocional marcado con ansiedad

elevada, estado de ánimo depresivo y reducción de las actividades diarias. Estas reacciones se presentan como adaptación a la enfermedad. Los estudios realizados sobre la presencia de ansiedad en pacientes con cáncer reportan una prevalencia variable lo cual puede ser explicado al considerar algunas variables como el sitio de la enfermedad. Así por ejemplo, Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, y Piantadosi (2001) realizaron un estudio sobre la presencia de distrés psicológico de acuerdo con el sitio de cáncer tomando en cuenta 14 diagnósticos. Aplicaron el "Brief Symptom Inventory" (BSI), una escala que mide el distrés en tres escalas generales: depresión, ansiedad y hostilidad, a una muestra de 4496 pacientes obteniendo 24.1% de casos con ansiedad siendo los pacientes con cáncer de pulmón quienes obtuvieron un mayor puntaje, seguido de los pacientes con cáncer de páncreas.

La ansiedad ha sido también asociada al tipo de tratamiento recibido. Por ejemplo Santosh, Chaturvedi, Chandra, Channabasavanna, Anantha, Reddy y Sanjeev (1996) reportaron la prevalencia de ansiedad en pacientes que recibieron radioterapia en la India aplicando la escala de ansiedad y depresión en hospital a 100 pacientes antes durante y después de concluir el tratamiento, encontrando un incremento significativo en la frecuencia de ansiedad (de 46% a 64%) después de iniciar la radioterapia. Al interrogar a los pacientes sobre el tratamiento encontraron numerosos miedos e información errónea sobre los efectos secundarios de la radioterapia sugiriendo que la mal información puede contribuir a los altos niveles de ansiedad reportados por los pacientes.

Conflictos familiares

Se consideró en este estudio como problema familiar a cualquier alteración clínicamente significativa que causara malestar emocional (en uno o más miembros) ubicado en las relaciones dentro de la familia nuclear y/o extensa y cuyo tema de conflicto se encontrara alrededor de la enfermedad del paciente. En este sentido, Compas, Worsham, Eppin-Jordan, Grant, Mireault, Howell y Malcarne (1994), realizaron un estudio en 117 pacientes con cáncer y sus familias identificando varios hallazgos. Por ejemplo, reportan que los pacientes con cáncer experimentan niveles de distrés relativamente similares a los de sus cónyuges y que el diagnóstico de cáncer parece ser un estresor significativamente similar tanto para el paciente como para el cónyuge. Los síntomas de depresión y ansiedad tuvieron un puntaje mayor en adolescentes y adultos jóvenes que en los niños pero al medir el síndrome de respuesta general al estrés, los niños obtuvieron mayor puntaje que los adolescentes y los adultos jóvenes; en este sentido, los resultados no fueron concluyentes. Se encontró que el distrés de jóvenes y adultos varió en función del sexo del enfermo: los síntomas de respuesta al estrés fueron mayores en hijas cuyas madres estuvieran enfermas y en hijos cuyos padres estuvieran enfermos.

Fases de duelo

Cuando el paciente es informado de su diagnóstico y pronóstico frecuentemente reacciona de acuerdo con las "fases del duelo" propuestas por la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1969/1975): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El enfermo no pasa necesariamente por todas las etapas ni en el orden mencionado.

El duelo no sólo puede presentarse en el paciente sino también en los familiares del enfermo. Por ejemplo, en una investigación de Ringdal, Jordhey, Ringdal y Kaasa (2001) se reporta la evolución del duelo en familiares de pacientes que fallecieron de cáncer. Utilizaron como instrumento de medición el "Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)" en 183 familiares detectando mayores puntajes en la escala durante los primeros 3 meses posteriores al fallecimiento. Los puntajes disminuyeron de manera importante a los 6 meses del fallecimiento y se mantuvieron relativamente de la misma forma hacia los 13 meses posteriores al fallecimiento.

Inquietud por saber más de la enfermedad

Pocos estudios hay sobre las recomendaciones para comunicar una mala noticia sobre el diagnóstico, éstos se encuentran basadas generalmente en evidencia empírica, además de enfocarse principalmente en cómo comunicar el diagnóstico, haciendo poco énfasis en la discusión de las opciones de tratamiento y el pronóstico.

A este respecto Schofield, Beeney, Thompson, Butow, Tattersall y Dunn (2001) realizaron un estudio en Australia con 131 pacientes que habían sido recientemente diagnosticados de melanoma, se les pidió que contestaran un cuestionario donde manifestaran la forma como recibieron la noticia y cómo recomendarían que ésta se diera; obteniendo, entre otros resultados que sobre la cantidad de información el 69% desearía toda y el 61% desearía saber cómo la enfermedad afecta su perspectiva de vida. Respecto a los tratamientos, 81% respondió que prefería toda la información. En cuanto a la forma de dar el diagnóstico las recomendaciones principales fueron: decirlo cara a cara 62%, no demorar en dar el diagnóstico 39%, decirlo en privado 39% y utilizar la palabra cáncer 32%.

Gómez Sancho (1998) reporta que se hace más daño callando la información que comunicándola. Refiere que los pacientes pueden sufrir un sentimiento de inseguridad debido a que esto lo perciben como falta de interés por parte de los profesionales de la salud hacia su proceso de enfermedad así como falta de información respecto a lo que les pueda suceder en un futuro inmediato.

Fases de duelo

Cuando el paciente es informado de su diagnóstico y pronóstico frecuentemente reacciona de acuerdo con las "fases del duelo" propuestas por la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1969/1975): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El enfermo no pasa necesariamente por todas las etapas ni en el orden mencionado.

El duelo no sólo puede presentarse en el paciente sino también en los familiares del enfermo. Por ejemplo, en una investigación de Ringdal, Jordhey, Ringdal y Kaasa (2001) se reporta la evolución del duelo en familiares de pacientes que fallecieron de cáncer. Utilizaron como instrumento de medición el "Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)" en 183 familiares detectando mayores puntajes en la escala durante los primeros 3 meses posteriores al fallecimiento. Los puntajes disminuyeron de manera importante a los 6 meses del fallecimiento y se mantuvieron relativamente de la misma forma hacia los 13 meses posteriores al fallecimiento.

Inquietud por saber más de la enfermedad

Pocos estudios hay sobre las recomendaciones para comunicar una mala noticia sobre el diagnóstico, éstos se encuentran basadas generalmente en evidencia empírica, además de enfocarse principalmente en cómo comunicar el diagnóstico, haciendo poco énfasis en la discusión de las opciones de tratamiento y el pronóstico.

A este respecto Schofield, Beeney, Thompson, Butow, Tattersall y Dunn (2001) realizaron un estudio en Australia con 131 pacientes que habían sido recientemente diagnosticados de melanoma, se les pidió que contestaran un cuestionario donde manifestaran la forma como recibieron la noticia y cómo recomendarían que ésta se diera; obteniendo, entre otros resultados que sobre la cantidad de información el 69% desearía toda y el 61% desearía saber cómo la enfermedad afecta su perspectiva de vida. Respecto a los tratamientos, 81% respondió que prefería toda la información. En cuanto a la forma de dar el diagnóstico las recomendaciones principales fueron: decirlo cara a cara 62%, no demorar en dar el diagnóstico 39%, decirlo en privado 39% y utilizar la palabra cáncer 32%.

Gómez Sancho (1998) reporta que se hace más daño callando la información que comunicándola. Refiere que los pacientes pueden sufrir un sentimiento de inseguridad debido a que esto lo perciben como falta de interés por parte de los profesionales de la salud hacia su proceso de enfermedad así como falta de información respecto a lo que les pueda suceder en un futuro inmediato.

Delirium

A pesar de que el delirium generalmente conlleva una serie de síntomas cognitivos y conductuales, los cuales en ocasiones pueden disminuir con algunas intervenciones terapéuticas, este trastorno no siempre es tratado con la seriedad que merece, y se le suele dar menor importancia y relevancia que la que tiene en verdad para el paciente y su familia. Caraceni y colaboradores (2000), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto del delirium en pacientes con cáncer avanzado, para ello estudiaron una población de pacientes que no fueran considerados para una larga exposición a la quimioterapia y estuvieran referidos a un programa de cuidados paliativos. Ellos encontraron la presencia de delirium en 109 pacientes (27.7%) de un total de 393, dicho diagnóstico fue significativamente asociado con el género femenino, y con la presencia de metástasis a nivel cerebral o de SNC. Los familiares de pacientes que se acercan al final de la vida, pueden experimentar una situación altamente estresante al ser testigos del deterioro físico sufrido por el enfermo, cuando el paciente además presenta deterioro en sus estructuras cognitivas la situación puede volverse aún más difícil. Otro aspecto que tiene que ser tomado en cuenta, es el que se refiere a los medicamentos que se le proporcionan al enfermo, los cuales pueden y suelen tener efectos secundarios, entre los cuales se pueden contar el delirium y/o las alucinaciones, muestra de ello es el trabajo realizado por Tuma y DeAngelis (1991-1992), quienes estudiaron a 140 pacientes con cáncer los cuales fueron diagnosticados con delirium usando para ello el DSM-III R, encontrando como resultado que las drogas, especialmente los opioides, se asociaron con estados mentales alterados en el 64% de los pacientes.

OBJETIVOS

El presente estudio se enfocó en tres objetivos:

- 1) Enlistar los problemas psicológicos que presentan los pacientes con cáncer atendidos en clínica del dolor y cuidados paliativos.
- 2) Analizar si existe relación entre el hecho de conocer el diagnóstico y la presencia de depresión y ansiedad.
- 3) Analizar si existe relación entre el hecho de conocer el pronóstico de la enfermedad y la presencia de depresión y ansiedad.

MÉTODO

SUJETOS. Se consideró para este estudio a 225 pacientes que fueron atendidos entre el periodo del 1 de marzo de 2001 y el 17 de enero de 2002. El grupo de pacientes abarca a los que fueron atendidos en las áreas de consulta externa, hospitalización, citas a psicología y visitas domiciliarias.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN APLICADOS

Se utilizó una entrevista estructurada específica para las entrevistas de primera vez que incluye: ficha de identificación, el lugar donde fue atendido el paciente (hospital, paciente citado, consulta externa o visita domiciliaria), edad del paciente, sexo, diagnóstico oncológico, examen mental, conocimiento del diagnóstico y pronóstico.

DISEÑO DE LA ENTREVISTA

La entrevista utilizada se elaboró con la finalidad de obtener en el primer contacto una impresión general del paciente con respecto a distintas áreas de funcionamiento psicológico. Los elementos de la entrevista mantienen semejanza con la propuesta de otra autora (Die-Trill, 2000) que trabaja con población semejante.

De acuerdo con los objetivos de este estudio, sólo se reporta lo referente a conocimiento de diagnóstico y pronóstico por parte del paciente así como el diagnóstico psicológico del paciente.

VARIABLES

Conocimiento del diagnóstico

En lo que respecta al conocimiento del diagnóstico se utilizó el siguiente criterio:

Conocimiento del diagnóstico: Aquel paciente que admite que el diagnóstico es "cáncer" o "tumor maligno" y que puede causar daño a su organismo, acepte o no la implicación de que la enfermedad puede llevar a la muerte.

Desconocimiento del diagnóstico: El paciente que refiere que ningún médico, enfermera u otro personal de salud le ha dicho su diagnóstico de cáncer y en consecuencia no considera tener esta enfermedad. Esto está asociado a que frecuentemente el personal de salud informa a los pacientes únicamente que "tiene una enfermedad en su estómago", "tiene una bola que le vamos a tratar" o "hay un problema en su sistema reproductor" o indican al enfermo: "vamos a dar un tratamiento para su problema, no se preocupe" evitando dar información acerca del diagnóstico.

Conocimiento del pronóstico

Para clasificar el conocimiento del pronóstico por parte del paciente se utilizó un criterio semejante al reportado en el estudio de Chochinov, Tataryn, Wilson, Enns y Lander (2000). El paciente con conocimiento del pronóstico fue aquel que comprendía la gravedad de la enfermedad incluyendo que ésta podría

llevarlo a la muerte. Los pacientes sin conocimiento del pronóstico fueron los que consideraron a la enfermedad como curable.

Depresión

Se consideraron como criterios de depresión únicamente a los síntomas psíquicos presentes por al menos 2 semanas como lo son la anhedonia y estado de ánimo depresivo la mayor parte del día que pueden estar acompañados de indefensión, desesperanza, falta de autovalía, culpa, llanto, ideación suicida (Block, 2000).

Ansiedad

En lo que respecta a la ansiedad se consideraron los criterios propuestos por Zigmond y Snaith (1983) dado que su propuesta toma en cuenta principalmente síntomas psíquicos más que físicos con respecto a pacientes de hospital. Los criterios consisten en la presencia de los siguientes síntomas en por lo menos una semana:

Tensión o nerviosismo

Sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.

Preocupaciones constantes

Dificultad para tranquilizarse o sentirse relajado

Inquietud

Sentimientos repentinos de pánico

Delirium

Para el diagnóstico de delirium se consideraron los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV):

Alteración de la conciencia (por ej. disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Tipo de estudio

Estudio descriptivo y correlacional.

Prueba estadística

Se utilizó análisis de frecuencias para la descripción general de los datos y la χ^2 para identificar si existe o no relación entre el hecho de conocer diagnóstico y pronóstico con respecto a la presencia o ausencia de depresión.

PROCEDIMIENTO

1. Detección de pacientes: se captó a los pacientes referidos por los médicos de clínica del dolor o bien se atendió a los pacientes no referidos pero que fueron ingresados al área de hospitalización de clínica del dolor y cuidados paliativos.
2. Presentación con el paciente y solicitud de su consentimiento para la realización de una entrevista psicológica.
3. A medida que se desarrollaba la entrevista el psicólogo anotaba los datos relevantes y relacionados con el estudio que aquí se reporta.
4. Finalización de la entrevista y registro de los datos en una hoja de vaciado de datos donde se codificó con claves a la información recabada.

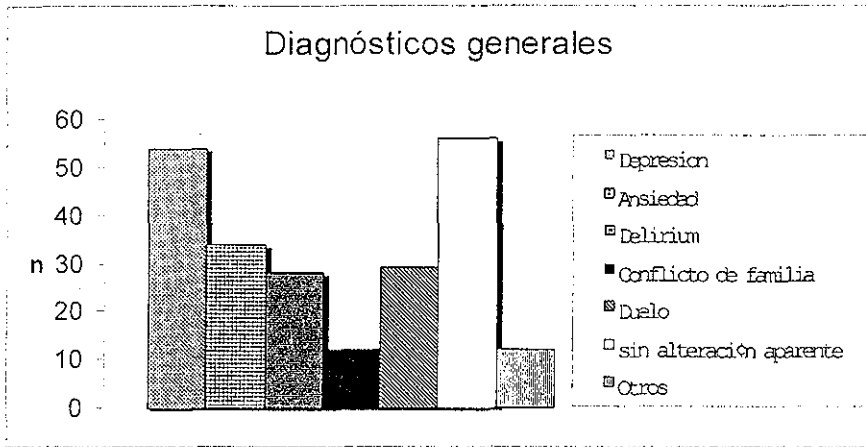
RESULTADOS

Los diagnósticos psicológicos que se obtuvieron se muestran en la figura 1. Se detectó a 54 pacientes deprimidos (24%), 34 con ansiedad (15.11%), 28 con delirium (12.44%), 12 con conflicto familiar (5.33%), 29 que experimentaban alguna fase de duelo (12.88%), 56 sin alteración psicológica aparente (24.88%) y 12 pacientes con otros diagnósticos (5.33%) dentro de los cuales se incluyó "inquietud por saber más de la enfermedad", "falta de adherencia", "conducta agresiva".

¿Existe relación entre conocimiento del diagnóstico y presencia de depresión?

En lo que respecta al conocimiento de diagnóstico y la presencia de depresión, de los 54 pacientes deprimidos, 49 sabía su diagnóstico oncológico y 5 no lo sabían. Al analizar los datos no se detectó que la diferencia fuera estadísticamente significativa ($\chi^2=0.29532$, grados de libertad= 1, $p>0.05$).

Figura 1. Frecuencia de diagnósticos psicológicos, n = 225



¿Existe relación entre conocimiento del pronóstico y presencia de depresión?

De los 54 pacientes deprimidos que se detectaron, 29 sabía su pronóstico y 25 no lo sabía. No se encontró que la diferencia fuera significativa ($\chi^2=0.0263$, grados de libertad=1, $p>0.05$).

¿Existe relación entre conocimiento del diagnóstico y presencia de ansiedad?

Por otro lado, de los 34 pacientes diagnosticados con ansiedad, 32 sabía su diagnóstico oncológico y 2 no lo sabían. La diferencia no fue estadísticamente significativa ($\chi^2=0.1570$, grados de libertad=1, $p>0.05$).

¿Existe relación entre conocimiento del pronóstico y presencia de ansiedad?

Finalmente, de los 34 pacientes que tenían ansiedad, 25 sabía su pronóstico y 9 no lo sabía. La diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2=5.7506$, grados de libertad=1, $p<0.05$).

CONCLUSIONES

Al menos el 75%% de los pacientes de este estudio presentaron alguna alteración psicológica lo cual representa un amplio número de pacientes que

requieren de intervención conjunta psicológica y médica para disminuir el estrés general.

Una limitación de este estudio es que no se reporta la incidencia de dolor físico en los pacientes y ese es un factor determinante que impacta en la calidad de vida de los pacientes e incluso puede influir para aumentar la prevalencia de trastornos psicológicos (Chochinov, Wilson, Enns, Mowchun, Lander, Levitt y Clinch, 1995; Hendin, 1999).

No es posible sostener con este estudio que el conocimiento del diagnóstico y pronóstico se asocie con la presencia de depresión. Para el caso de la ansiedad, los datos indican que ésta se asocia con el conocimiento del pronóstico.

Se requiere de más investigación y de la elaboración de programas efectivos para disminuir la incidencia de problemas psicológicos en pacientes con cáncer.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

Durante el año de residencia se asistió junto con los médicos de clínica del dolor a clases de lunes a jueves de 7 a 8 de la mañana y los miércoles de 9 a 2 de la tarde. Los viernes de 7 a 8 de la mañana se asistió a las sesiones de oncología del Incan.

Las clases eran principalmente médicas con temas relacionados con el dolor; a veces daban tópicos relacionados con psicología y dolor.

Participación en clase:

Los coordinadores del curso de algología con respecto a las clases diarias de 7 a 8 de la mañana asignaron al Psic. Raúl José Alcázar Olán la exposición de dos temas. Los temas expuestos fueron: "Terapia Racional Emotiva" y "Solución de problemas ante situaciones de enfermedad física".

Uno de los médicos adscritos del servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos también solicitó dos pláticas para los médicos residentes del servicio. Los temas que se expusieron son: "Las funciones del psicólogo en clínica del dolor y cuidados paliativos" y "Teoría y práctica de la técnica de relajación".

Asistencia a congresos:

Durante la residencia se asistió a los siguientes eventos.

La Psico-oncología en México: aspectos psicológicos y psiquiátricos del paciente con cáncer. Sociedad Mexicana de Psico-oncología, A.C. México, D.F. 30 de enero de 2002.

1er Congreso Nacional de Psico-Oncología. Instituto Nacional de Cancerología de México. 28-30 de Agosto de 2001.

XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. 19-21 de Julio de 2001.

1er Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Universidad Veracruzana y Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. 23 al 26 de mayo de 2001.

Participación como ponente:

Durante la rotación se participó en distintos trabajos que fueron expuestos en eventos:

"Problemas psicológicos en pacientes con cáncer atendidos en una clínica del dolor y cuidados paliativos". Ponencia coordinada por Alcázar Olán, Raúl y expuesta en cartel en conjunto con Hernández Arellano, F., Rojas Luna, R., Plancarte Sánchez, R. y Alvarado Aguilar, S. Presentado en el 1er Congreso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos: VII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos. 21 de Marzo de 2002. Guadalajara Jalisco.

"Valoración médico-psicológica del paciente que solicita muerte asistida". Ponencia en cartel elaborada por Alcázar Olán, Raúl en conjunto con Reyes Chiquete, D. y Plancarte Sánchez, R. Presentado en la XIX Reunión Nacional Médica del Instituto Nacional de Cancerología de México. 22 de febrero de 2002, Villahermosa Tabasco.

"Cuidados paliativos en el paciente con cáncer". Exposición de Alcázar Olán, Raúl en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Curso de "Tanatología un reto en enfermería". 25 de enero de 2002. México, DF.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Supervisión *in situ*

El supervisor *in situ* fue el psicólogo Salvador Alvarado Aguilar quien inició su trabajo con pacientes oncológicos a principios de los 90's. Actualmente está involucrado con las actividades de la "Sociedad Mexicana de Psico-oncología".

Durante la rotación realizaba invitaciones a distintos eventos propios de la Sociedad Mexicana de Psico-oncología de los cuales se asistió a algunos. Mantuvo una actitud abierta y flexible para comentar casos. Sin embargo, una limitante para la supervisión fue el hecho de que él se encontrara físicamente en otra área, la de "psico-oncología" mientras que uno se encontraba laborando para "Clínica del Dolor"; en consecuencia el contacto era mínimo y no estaba al corriente de los casos vistos ni participaba atendiendo a pacientes con dolor.

En la práctica pudo observarse en los expedientes médicos que el supervisor *in situ* atendía a sus pacientes y con cierta frecuencia les prescribía medicamentos, por ejemplo, rivotril. No refería el uso de técnicas cognitivo-conductuales en su trabajo; sólo uso de medicamentos. En una conferencia de psico-oncología a su cargo expresó que su trabajo era flexible y solía coordinarlo con la ayuda psiquiátrica para lograr mayores beneficios en los pacientes.

Por lo antes mencionado, y ante la ausencia de un psicólogo adscrito a clínica del dolor —que sí existía antes—, la supervisión *in situ* fue realmente esporádica o casi nula.

La trabajadora social de clínica del dolor de nombre Paula Flores Chávez ha trabajado por 22 años en el Instituto con pacientes oncológicos. Por medio de ella se tuvo acceso a información relevante al trabajo con pacientes paliativos además de que su experiencia con pacientes y familias permitió un puente de aprendizaje en la evaluación e intervención con este tipo de población. La trabajadora social se encontraba presente en muchas ocasiones mientras se realizaba el trabajo psicológico y viceversa. Eso fue muy útil porque se lograba una retroalimentación del desempeño y podían comentarse los casos posteriormente. Esta característica de "supervisión en vivo" la considero como fundamental en el desarrollo de competencias para el trabajo adecuado con pacientes,

Supervisión académica

El supervisor académico asignado fue el Psic. Isaac Seligson N. Al inicio de la rotación se coordinó con el jefe de servicio de clínica del dolor para sostener algunas reuniones relacionadas con la residencia en medicina conductual. También en el principio se tuvieron algunas reuniones con él en el hospital y

debido a su ayuda se asistió a un taller de cuatro semanas sobre retroalimentación biológica con la profesora Irma Saldivar en la Facultad de Psicología de la UNAM. Durante la rotación se pudo tener contacto con el supervisor académico en la escuela además de que proporcionaba material bibliográfico relacionado con el cáncer y el dolor; sin embargo, hubiese sido muy valioso contar también con su presencia en el escenario clínico, el hospital.

Conforme transcurrieron los meses cesó la asistencia del supervisor académico al hospital. Es muy probable que esto se haya debido a problemas de salud que presentaba. De cualquier manera, el resultado de su inasistencia es la carencia de supervisión académica.

Considero a la supervisión académica dentro del escenario clínico como indispensable para el alcance de habilidades y competencias que exige el plan de estudios de la maestría. Esta visión de la supervisión es congruente con lo establecido en el "Plan de Estudios de Maestría en Psicología Profesional: Programa de Residencia en Medicina Conductual" en donde se señala:

El supervisor académico de la facultad... es el responsable de la supervisión y asesoría de los alumnos en el escenario clínico; acude a la institución sede mediante visitas programadas y debe garantizar un mínimo de dos horas semanales de supervisión individual de los casos atendidos por cada uno de los alumnos de los cuales es responsable (Ayala-Velázquez, 1999, p. 41).

Durante la rotación en Clínica del dolor y cuidados paliativos, éste criterio no fue satisfecho. En la medida en que esta carencia se siga presentando existe el riesgo de que sea mermada la calidad de las competencias con que egresen los residentes de medicina conductual de generaciones futuras.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Durante la rotación por el servicio de "Clínica del dolor y cuidados paliativos" considero haber estado desarrollando las siguientes competencias profesionales.

- Realización de valoraciones e intervenciones psicológicas rápidas para la inmediata satisfacción de las necesidades de los pacientes; selección y aplicación abreviada de técnicas cognitivo conductuales.
- Valoración e intervención psicológica en pacientes con cáncer y familiares en piso de hospitalización, consulta externa y en visitas domiciliarias.
- Aprendizaje y aplicación de criterios para identificar problemas psicológicos independientes de la etiología orgánica; esto fue importante para la obtención de diagnósticos diferenciales.
- Coordinación con equipos transdisciplinarios con la finalidad de satisfacer las necesidades de los pacientes.
- Familiarización práctica con equipo material para retroalimentación biológica durante un taller en la escuela organizado por el supervisor ex-situ en el cual se abordó el tema de la relajación con respecto a los cambios fisiológicos que ocurren en el organismo.
- Reconocimiento de la existencia de literatura internacional relacionada con el trabajo psicológico con pacientes con cáncer y con dolor.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la profesión.
- Aumento en el dominio de la comprensión de lecturas en inglés sobre artículos internacionales de investigación cuyos resúmenes debían entregarse una vez a la semana.

Una competencia poco desarrollada fue la del uso de registros escritos como método de obtención de información y como medio de reportar los resultados de los tratamientos. Esto puede deberse a dos motivos, por un lado las dificultades de los pacientes para participar en su elaboración debido a la gravedad de la enfermedad o de los síntomas que a penas permitían al paciente cubrir sus necesidades. Por otro lado, la inexperiencia y creatividad disminuida para elaborar sistemas conductuales de obtención de datos destinados a pacientes con cáncer y con dolor.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El año de rotación por la Clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología permitió el desempeño en un escenario clínico para la adquisición de distintas habilidades clínicas y de investigación. La residencia puede ser considerada como uno de los recursos más valiosos de este programa de maestría.

Dentro de las habilidades clínicas desarrolladas se incluye la solución de problemas psicológicos generados en los pacientes y sus familias debido al cáncer y al dolor. El enfoque cognitivo-conductual permitió recurrir a acciones de valoración e intervención rápidas y eficaces para la satisfacción inmediata de los pacientes y sus familias. Un énfasis adecuado de la formación de maestría es la de el uso de registros y escalas para medir los efectos de las intervenciones; en este sentido, se logró la familiarización con este tipo de instrumentos, sin embargo aún falta mucho por hacer para mejorar los sistemas de registro de tal manera que las mediciones reflejen lo mejor posible lo sucedido con los pacientes y con la intervención.

La formación en la residencia de medicina conductual es útil para llevar a especialistas de la conducta a escenarios clínicos con personas con problemas físicos, especialmente con enfermedades crónico degenerativas. Basta recordar que, de acuerdo con las nuevas tasas de mortalidad, las personas ya no se enferman generalmente por entidades infecto-contagiosas, ahora las enfermedades que predominan, como las cardiovasculares el cáncer y la diabetes, tienen un fuerte componente en su origen y mantenimiento: un componente conductual. Esto es, el origen de la enfermedad no está determinado por lo que la gente *tiene* sino por lo que *hace*. Las conductas de la gente pertenecen en un sentido estricto a la psicología más que a la medicina. Por esta razón, las acciones del especialista de medicina conductual adquieren particular relevancia al involucrarse en escenarios médicos.

En términos de investigación, la residencia ha permitido estar en contacto con profesionales de la salud cuya formación ha tenido un fuerte componente metodológico. Especialmente los profesores del curso de clínica del dolor. Esto fue útil para obtener un mayor sustento teórico-experimental acerca de la evidencia científica internacional que existe sobre el uso de técnicas cognitivo-conductuales para trabajar con pacientes con cáncer y con dolor. El fortalecimiento de los aspectos metodológicos de una investigación han permitido tener una actitud más crítica ante los diversos artículos internacionales que se revisaron durante la residencia.

La residencia ha tenido una participación mínima de la supervisión directa hacia el alumno en el escenario hospitalario. Esta carencia representa un obstáculo para la adquisición de mayores habilidades profesionales como especialista de

medicina conductual. Se sugiere, por tanto, que el programa de maestría se fortalezca en este sentido. Con la mejora en el sistema de supervisión se logrará mayor satisfacción de las necesidades de los pacientes, se mantendrá un enlace más estrecho con los jefes de servicio lo cual permitirá mayor cercanía a las necesidades que existen en los escenarios clínicos. Otra consecuencia inevitable de mejorar el sistema de supervisión es que será posible verificar directamente que los alumnos estén adquiriendo adecuadamente las competencias profesionales requeridas para egresar.

REFERENCIAS

Allende-Pérez, S. y Mayer-Rivera, F. (sin año). *Guía de referencia rápida*. México: Instituto Nacional de Cancerología, Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor. Manuscrito no publicado.

Appelbaum, P. y Grisso, T. (1988). Assessing patient's capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 319: 1635-8.

Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Ayala Velázquez, H. (1999). *Plan de estudios de maestría en psicología profesional: programa de residencia en medicina conductual*. Manuscrito no publicado.

Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman and Company.

Baile, W., DiMaggio, J., Schapira, D. y Janofsky, J. (1993). The request for assistance in dying: the need for psychiatric consultation. *Cancer*. 72: 2786-91.

Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez roca.

Beneit Medina, P. (1994). Aspectos psicológicos de la diabetes. En Latorre Postigo, J. y Beneit Medina, P. (Eds) *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud* (pp. 257-272). Argentina: Lumen.

Berger, D., Fukunishi, I., O'Dowd, M., Osaka, T., Kuboki, T. y Ishikawa, Y. (1997). A comparison of Japanese and American Psychiatrist's attitudes towards patients wishing to die in general hospital. *Psychoterapy Psychosomatic*. 66 (6), 319-28.

Bernstein, D. y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva* (9ª edición). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Block, S. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine*. 132: 209-218

Block, S. y Billings, A. (1994). Patients requests to hasten death: evaluation and management in terminal care. *Archives of Internal Medicine*. 154: 2039-2047.

Block, S. y Billings, A. (1995). Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist. *Psychosomatics*. 36: 445-457.

Brickman, A. y Yount, S. (1996). Noncompliance in end-stage renal disease: A threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 3(4): 399-412

Brigham, D., Davis, A. y Cameron-Sampey, D. (1994). *Imagery for getting well: clinical applications of behavioral medicine*. Nueva York: W.W. Norton & Company.

Buchanan, D. y Abram, H. (1989). Psychological adaptation to hemodialysis. En Moos, R. (editor). *Coping with physical illness 2: new perspectives*. Nueva York: plenum medical.

Buela-Casal, G. & Carrobes, A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, C. (dirs). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp.3-11). Madrid: Siglo XXI editores.

Caraceni, A., Nanni, O. y Maltoni, M. (2000). Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients: Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *Cancer*. 89 (5): 1145-1149.

Cohen, L., Steinberg, M., Hails, K., Dobscha, S. y Fischel, S. (2000). Psychiatric evaluation of death-hastening requests: lessons from dialysis discontinuation. *Psychosomatics*. 41: 195-203.

Compas, B., Worsham, N., Eppin-Jordan, J., Grant, K., Mireault, G., Howell, D. y Malcarne, V. (1994), When mom or dad has cancer: markers of psychological distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology*. 13(6) 507-515.

Chacón Roger, M. y Grau Abalo, J. (1999). La familia como parte del equipo: el cuidador principal. En Gómez Sancho, M. (Comp.) *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp. 995-1004). Madrid, España. Arán Ediciones.

Cheney, C. (1996). Medical nonadherence: A behavior analysis. En Cautela, J. e Ishaq, W. (Eds). *Contemporary issues in behavior therapy: improving the human condition* (pp. 9-21). Nueva York: Plenum press.

Chochinov, H., Tataryn, D., Wilson, K., Enns, M. y Lander, S. (2000). Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*. 41: 500-504.

Chochinov, H., y Wilson, K. (1995a). The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. *Canadian Journal of Psychiatry*. Dec; 40 (10): 593-602.

Chochinov, H., Wilson, K., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M. y Clinch, J. (1995b). Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*. 152 (8): 1185-1191

Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J. y Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end stage renal disease. *Journal of behavioral medicine*. 12: 249-265.

Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M., y Carnicke, Ch. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 249 (6): 751-757.

Diario Oficial de la Federación, Diciembre de 1946

Die-Trill, M. (2000). La evaluación psicológica del paciente en fase terminal. En: Die-Trill, M. y López-Imedio, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos* (pp.145-158). España: Ades Ediciones. (Libro para curso de diplomado a distancia).

Doyle, D., Hanks, G. y Macdonald, N. (Eds.) (1998). *Oxford textbook of palliative medicine* (2nd edition). Nueva York: Oxford university press.

Doyle, D., Jeffrey, D. y Calman, S.K. (2000). *Palliative care in the home*. Nueva York: Oxford University press.

Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

D'Zurilla, T. y Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy: a social competence approach to clinical intervention* (2nd edition). Nueva York: springer.

Ellis, A. y Abrams, E. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: pax.

Ellis, A y Abrams, E. (1994). *How to cope with a fatal illness: the rational management of death and dying*. Nueva York: Barricade books.

Ferrel, B. (1998). The family. En Doyle, D., Hanks, G. y MacDonald, N. (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (2nd edition) (pp. 909-917). Nueva York: Oxford University press.

Foley, K. (1991). The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *Journal of Pain and Symptom Management*. Jul; 6(5): 289-97.

Fonegra de Jaramillo, I. (1999). *De cara a la muerte*. Barcelona, España: Andrés Bello.

Fordyce, W. (2001). Operant or contingency therapies. En Loeser, J., Butler, S., Chapman, R. y Turk, D. (Eds). *Bonica's management of pain* (pp.1745-1758). Filadelfia: Lippincott Williams & wilkins.

Ganzini, L., Fenn, D., Lee, M., Heintz, R. y Bloom, J. (1996). Atitudes of Oregon Psychiatrists toward physician-assisted Suicide. *American Journal of Psychiatry*. 153 (11) 1469-75.

Ganzini, L., Leong, G., Fenn, D., Silva, J. y Weinstock, R. (2000). Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 157: 595-600.

Goldblum, P. y Martin, D. (1999). Principles for the discussion of life and death options with terminally ill clients with HIV. *Professional psychology: research and practice*. 10 (2): 187-197.

Gómez-Sancho, M. (1998). *Como dar las malas noticias en medicina*. España: Arán

Gómez-Sancho, M. (Ed.). (1999). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: ediciones arán.

Greenberger, D y Padesky, Ch. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. Nueva York: the guilford press.

Guinovart Garriga, C. (2000). La claudicación familiar. En Die Trill, M, y López Imedio, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación con el enfermo y la familia* (pp. 439-455). Madrid, España: ades ediciones. Material de curso para diplomado a distancia.

Hendin, H. (1999). Suicide, assisted suicide, and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 suppl 2: 46-50.

Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N., Segawa, Y., Hosokawa, Y., Kamejima, K. y Inone, R. (1999). Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. *Support Care Cancer*. 7: 396-399.

Hopwood, R. y Stephens, J. (2000). Quality of life data. *Journal of Clinical Oncology*. 18 (4): 893-903.

Kleespies, M., Hughes, D y Gallacher, F. (2000). Suicide in the medically and terminally ill: psychological and ethical considerations. *Journal of Clinical Psychology*. 56: 1153-1171.

Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T. Okamura, H. y Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 88 (12). 2817-2823.

Kübler-Ross, E. (1969/1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.

Latorre Postigo, M. (1992). Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos. En Latorre Postigo, J. y Beneit Medina, P. (Eds) *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud* (pp. 17-25). Argentina: Lumen.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

Levenson, J. y Olbrisch, (1993). Psychosocial evaluation of organ trasplant candidates: A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. *Psychosomatics*. 34 (4): 314-323.

Long, C. (1989). Renal care. En Broome, A. (ed.). *Health psychology*. Nueva York: Chapman and hall.

López Roig, S., Pastor, M. y Rodríguez Marín, J. (1993). Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas. En Simón, M. (Ed). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp.21-44). Madrid, España: Pirámide.

Massie, M. y Holland, J. (1989). Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psyquiatric Disorders. En Holland, J. & Rowland, J. *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.

Matarazzo, J. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En Hammonds y Scheirer, C. (Eds). *The master lecture series, vol. 3: Psychology and health* (pp. 9-43). Washington: American psychological association.

Meichenbaum, D. (1985). *Manual de inoculación del estrés*. Madrid: Martínez Roca.

Moctezuma Barragán, G. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Instituto de investigaciones jurídicas, universidad nacional autónoma de México.

O'Donnell, K. y Chung, J. (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 66(1): 38-43

Ortiz Viveros, G. y Ehrenzweig Sánchez, Y. (1998). Una estrategia cognitivo-conductual aplicada a la regulación de la hipertensión arterial. En: *La psicología social en México, Vol. VII*. (pp. 352-356). México: Asociación mexicana de psicología social.

Palmer, S., Canzona, L. y Wai, L. (1989). Helping families respond effectively to chronic illness. En Moos, R. (editor). *Coping with physical illness 2: new perspectives*. New York: plenum medical. El artículo también se encuentra en *Social work in health care*, 1982, 8, 1-14.

Pérez Alvarez, M. (1993). Aportaciones psicológicas al tratamiento de la diabetes. En Simón, M. (Ed). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp.56-67). Madrid, España: Pirámide.

Pomerleau, O. y Brady, J. (1979). Introduction: The scope and promise of behavioral medicine. En Pomerleau, O. y Brady, J. (Eds) *Behavioral medicine: Theory and practice* (pp. xi-xxvi. Baltimore, E.E. U.U.: Williams & Wilkins.

Ppijker, A., Trijsburg, R. y Duivenvoorden, H. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*. (59): 280-293

Quill, T., Cassel, C. y Meier, D. (1992). Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. *New England Journal of Medicine*. 327: 1380-1384.

Ramírez Tena, I. (2000). Prosecretario técnico de la Organización Nacional de Trasplantes. *Aspectos Médicos del Trasplante*. Conferencia dictada el 30 de Agosto de 2000 en el curso de "Temas selectos de derecho y salud". Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM.

Ravazi, D., Datso, C. y Delvauz, N. (1987). Eutanasia: interaction of bioethical and psychological aspects. *Annals of Medical Psychology*. 145 (10): 833-48.

Reynoso Erazo, L y Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del instituto de cardiología de México*. 67 (5) 419-427.

Ringdal, G., Jordhey, M., Rindgal, K. y Kaasa, S. (2001). The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliative Medicine*. 15: 91-105.

Rodin, G., Chmara, J., Ennis, J., Fenton, S., Locking, H. y Steinhouse, K. (1981). Stopping life-sustaining medical treatment: psychiatric considerations in the termination of renal dialysis. *Canadian Journal of Psychiatry*. (26) 8: 540-544

Rodríguez Ortega, G. y Rojas Russell, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En Rodríguez Ortega, G. Rojas Russell, M. (comps) *La psicología de la salud en América Latina* (pp.13-32). México: Miguel Angel Porrúa.

Roskies, E. (1987). *Stress management for the healthy type A: theory and practice*. Nueva York: the Guilford press.

Rubio Montañés, M., Sánchez Ibáñez, A., Ibáñez Estella, J., Galve Royo, F., Martí Talens, N. y Mariscal Bernal, J. (1995). Perfil medicosocial del cuidador crucial: ¿se trata de un paciente oculto? *Atención primaria*. 16 (4): 181-185.

Ruiz Flores, L., Vázquez Estupiñán, F., Corlay Noriega, I. y Gracida Juárez, C. (1999). Psiquiatría y Trasplantes. *Psiquiatría*. 15 (3): 68-82.

Stapleton, S. (2000). Powerlessness in persons with end stage renal disease. En Miller, J. (Ed.). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (3rd edition). Filadelfia: Davis company.

Sans Ortiz, J. (1999). Bioética y medicina paliativa. En Gómez Sancho, M. *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp. 1161-1176). Barcelona, España: Arán ediciones.

Santosh, K., Chaturvedi, S., Chandra, P., Channabasavanna, N., Anantha, N., Reddy, B. y Sanjeev S. (1996). Levels of anxiety and depression in patients receiving radioteraphy in India. *Psycho-Oncology*. 5: 343-346

Sarafino, E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.

Schofield, L., Beeney, J., Thompson, F., Butow, P., Tattersall, M. y Dunn, S. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: The Australian melanoma, patient's perspective. *Annals of Oncology* 12: 365- 371

Spijker, A., Trijsburg, R. y Duivenvoorden, H. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*. 59: 280-293.

Sullivan, H. (1974). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique. [nota: 1974 es el año de impresión dado que el texto no tenía el año de publicación]

Symister, P. y Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: a health psychology perspective. En Resnick, R. y Rozensky, R. *Health psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington: American psychological association.

Tilden, V., Tolle, S., Nelson, C. y Fields, (2001). Family decision-making to withdraw life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nursery Research*. Mar-Apr; 50(2): 105-15

Tuma, R. y DeAngelis, LM (2001). Altered mental status in patients with cancer. *Archives of Neurology* 57 (12): 1727-1731.

Turk, D., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective*. Nueva York: the Guilford press.

Viveros Contreras, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*. 67 (3): 134-135.

Vargas Martinez, C. (2000). Secretaría de Salud Hospital Juárez de México: 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*. 67 (3): 136-138.

Walen, S., DiGiuseppe, R. y Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: oxford university press.

White, C. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. West Sussex, England: wiley.and sons.

Wilson, K., Scott, J., Graham, I., Kozak, J., Chater, S., Viola, R., Faye, B., Weaver, L. y Curran, D. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*. 160 (16): 2454-60.

Wilson, R. (1987). *Don't panic: taking control of anxiety attacks*. Nueva York: Harper & Row.

Wright, J., Thase, M., Beck, A, y Ludgate, J. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York: the Guilford press.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 10: 19-28.

Zaubler, T. y Sullivan, M. (1996). Psychiatry and pshysician assisted suicide. *The psychiatric clinics of north America*. September. 19(3): 413-427.

Zigmond, A. S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

**MANUAL DE VALORACIÓN
PSICOLÓGICA
PARA TRASPLANTE RENAL**

Elaborado por:

Lic. en Psic. Raúl José Alcázar Olán y
Lic. en Psic. Laura Rojano García

FEBRERO DE 2001

INDICE DEL MANUAL DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Introducción

Criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal

Valoración psicológica del receptor

Valoración psicológica del donador

El diagnóstico psicológico

Elaboración del reporte psicológico

Referencias del manual de valoración psicológica

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 003-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. Con respecto a lo 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 preguntó al jefe de servicio sobre el perfil psicológico que requieren los pacientes y se revisó la forma en que se valora en otro hospital (Ruiz Flores, Vázquez Estupiñán, Corlay Noriega y Gracida Juárez, 1999).

EL RECEPTOR NECESITA:

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.
7. Estar preparado para tolerar el aislamiento.

EL DONADOR NECESITA:

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 incurrir en la obtención de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
5. No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.

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 cualquier entrevista.

Cuando el psicólogo distinga que los pacientes no cubren los criterios, deberá prepararlos para volverlos aptos para el trasplante. 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.

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 una 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.

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, 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 replicar en forma concreta, en sus propias palabras, de forma clara y secuencial dicha información. Además, al interrogatorio, el paciente será capaz de verbalizar de manera adecuada y congruente 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 que se refieren a la evaluación de la capacidad de comprensión en el formato son:

- 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 haría si no se lleva a cabo el trasplante?

- ¿Qué haría si 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 réplica de dicha información no sólo es de memoria, sino que estará encaminada a tener la posibilidad de prevenir situaciones probables relacionadas con el evento del trasplante, el planteamiento de opciones de solución, haciéndose presente la intervención del psicólogo 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 Miller, 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 consecuencias en su trabajo/estudio? Sí, No, ¿cuáles?
- ¿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.

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 con relación a su familia, prospectos laborales, y con base en la información que posee y maneja en relación al 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 a 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, ¿Por qué?
- ¿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 CADAVÉRICA

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 les ha dicho? ¿Qué le contestó ese familiar/conocido?
- No: ¿Qué 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 para trasplante? Si: ¿En quiénes? ¿en qué le ayudarían?
- No: ¿qué pasaría si lo hiciera?
- Tomando en cuenta su enfermedad, ¿qué haría usted 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 & Yount, 1996). En relación con esto, Sillis, Popkin & 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 neurolepticos; 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?
- Si, ¿Cómo?
- No, ¿Por qué?
- ¿Sabe qué repercusiones puede tener en su vida y su salud el hecho de donar? Si, No, ¿Cuáles? ¿Quién le dio la información?
- ¿Quién sugirió que usted donara?
- ¿Está usted interesado(a) en donar un riñón?
- Si, ¿qué le motiva a donar?
- No, ¿Por qué?
- ¿Existe alguien que haya insistido o que insista en que usted done?
- Si, No, ¿Quiénes y por qué?
- ¿Hay alguien que le haya ofrecido algo a cambio de que usted done?
- Si, 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?
- Si, No, ¿Qué va a pedir? ¿Por qué?
- ¿Sus familiares están enterados de que usted quiere donar?
- Si, ¿quiénes?
- No, ¿qué pasaría si se enteran?
- ¿Alguno de sus familiares o conocidos está en contra de que usted done?
- Si, 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?
- Si, No, ¿qué problemas? ¿con quienes?

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.

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" 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 sensorio-percepción); así mismo mencionar si se identifican datos de probable psicopatología (depresión, ansiedad, conductas disruptivas o antisociales, antecedentes personales psiquiátricos). 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 5 se muestra un ejemplo de reporte psicológico del paciente receptor y en el anexo 6 un reporte del donador.

REFERENCIAS DEL MANUAL DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

- Brickman, A. & Yount, S. (1996). Noncompliance in end-stage renal disease: a treath to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Dec; Vol 3(4): 399-412
- Davidoff, L. (1989). *Psicología*. México: Mc Graw Hill.
- Fitzgerald Miller, J. (2000). *Coping With Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. Philadelphia: Davis Company.
- Manual Merck de Información Médica para el Hogar. (1997). España: Océano.
- McGoldrick, M. Y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. España: Gedisa
- Meichenbaum, D. Y Turk, D.C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional*. España: Paidos.
- Ruiz Flores, L., Vázquez Estupiñán, F., Corlay Noriega, I. Y Gracida Juárez, C. (1999). Psiquiatría y Trasplantes. *Psiquiatría*. 15 (3): 68-82.
- Sillis, L., Popkin, M. & Najarian, J. (1992). *Elective removal of a transplanted organ*. *Psychosomatics*. Fal; Vol 33(4): 461-465
- Slaikau, Karl. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.

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)

COMPRENSIÓN 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

- ¿Cuál fue su primera reacción cuando recibió el diagnóstico de IRCT?

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

Si () ¿cuáles? _____

No () ¿por qué? _____

- ¿Se ha modificado su vida social debido a la enfermedad, de qué forma?

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

ASPECTOS FAMILIARES

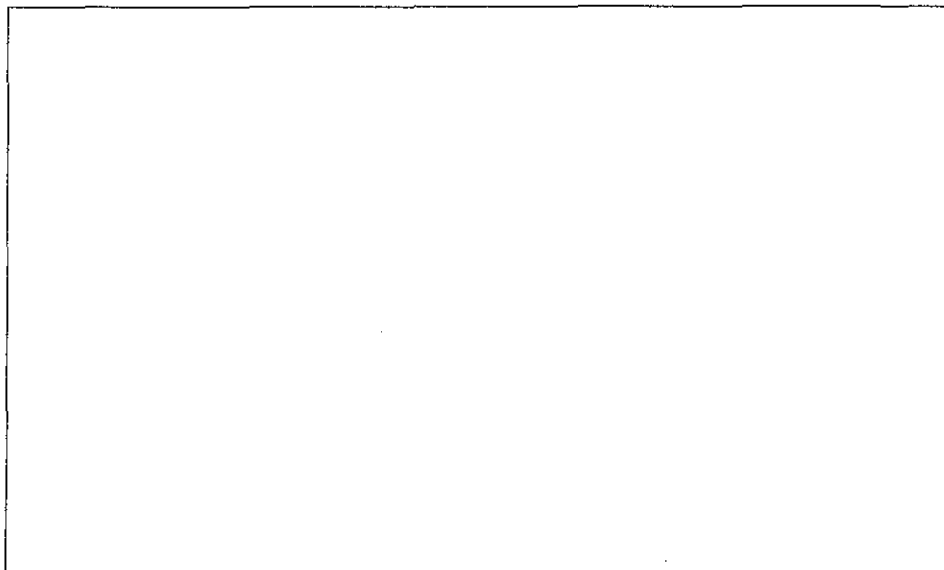
PERSONAS CON LAS QUE VIVE NORMALMENTE:

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)



- 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? _____

¿ 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? _____

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

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: _____

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?

¿Usted participa para preparar sus alimentos?

¿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 ()

¿Usted come junto con su familia?

¿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 describir usted (receptor) en qué consiste un trasplante?

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

¿Quién? _____

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

¿Por qué? _____

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

Si () No () ¿Quién? _____

¿Por qué? _____

5. ¿Quiénes podrían beneficiarse si usted se trasplanta?

Nombres: _____ ¿Por qué? _____

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

¿Por qué? _____

7. ¿Qué alternativas tiene en caso de que se presente rechazo del injerto?

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?
Sí () No () ¿Quién? _____
¿Qué le ofreció? _____
¿Por qué? _____

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

5. ¿Existe una o más personas que estén insistiendo a (donador) a que done?
Sí () 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

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)
6. La importancia de la cooperación del paciente
7. La donación debe ser altruista.

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO RESPONSABLE:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

ANEXO 3

FICHA PSICOLÓGICA

RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL
DONACIÓN CADAVÉRICA

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

- ¿Cuál fue su primera reacción cuando recibió el diagnóstico de IRCT?

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

Si () ¿cuáles? _____

No () ¿por qué? _____

¿Se ha modificado su vida social debido a la enfermedad, de qué forma?

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

¿Por qué? _____

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)

- 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? _____

¿ 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? _____

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

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?

¿Usted participa para preparar sus alimentos?

¿Alguien prepara comida especialmente para usted?

Sí () No () Quién: _____

Usted acostumbra comer:

De la comida que se cocina para todos ()

De la comida que se cocina aparte para usted ()

¿Usted come junto con su familia?

¿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? _____

7. ¿Qué alternativas tiene en caso de que se presente rechazo del injerto?

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 *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)
6. La importancia de la cooperación del paciente
7. La donación debe ser altruista.
8. Parte del protocolo es una semana de internamiento para estudios de interconsulta.

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO RESPONSABLE:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA: _____

ANEXO 4

FICHA PSICOLÓGICA

DONADOR PARA TRASPLANTE RENAL

FECHA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Lugar de origen: _____

Domicilio actual: _____

Teléfono(s): _____

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

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

Conocimiento de la etiología Si () No ()

Conocimiento del pronóstico: Si () No ()

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

Para el donador: Si () No ()

Para el receptor: Si () No ()

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

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

En el caso de donador vivo, especificar la relación:

Padres () Hijos () Hermanos () Primos ()
Sobrinos () Esposos () Esposos () Amigos ()
Otra: _____

Duración de la relación:

Motivos de acercamiento entre donador y receptor:

Emociones asociadas:

Motivos de conflicto

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

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

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

Enfermedad: _____

Fecha del diagnóstico: _____

Cuidados médico-conductuales prescritos:

Tiempo por el que debía seguir las prescripciones:

Tiempo que el paciente siguió las prescripciones:

¿Hubo dificultades para seguir las prescripciones? ¿Cuáles?

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

¿Qué lo motivó a salir adelante?

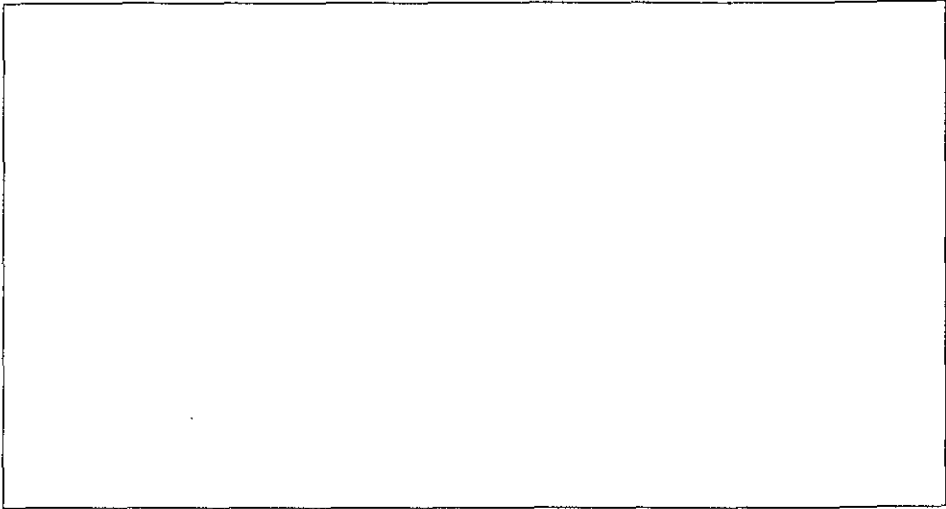
ASPECTOS FAMILIARES

PERSONAS CON LAS QUE VIVE NORMALMENTE:

El objetivo:

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

FAMILIOGRAMA:
(núcleo familiar primario y secundario)



Antecedentes heredo-familiares patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

MOTIVACIÓN PARA DONAR

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

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

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)
6. La importancia de la cooperación del paciente
7. La donación debe ser altruista.
8. Parte del protocolo es una semana de internamiento para estudios de interconsulta.

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO RESPONSABLE:

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO:

FECHA: _____

ANEXO 5

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL ÁREA DE PSICOLOGÍA

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

RECEPTOR
PROTOCOLO DE DONACIÓN DE VIVO RELACIONADO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	Federico López Jiménez	Expediente: 41 43 45
Sexo:	Masculino	
Edad:	20 años	
Estado civil:	Soltero	
Religión:	Católico	
Escolaridad:	1er semestre de preparatoria	
Ocupación:	Ha dejado la escuela debido a la enfermedad	
Lugar de origen:	Distrito Federal.	

Descripción de la paciente

Se trata de paciente que ingresa al servicio de trasplantes en Diciembre de 2000. Asiste a la consulta acompañado de su padre y su hermana mayor (donadora potencial). Se encuentra en buenas condiciones de higiene aliño, en actitud libremente escogida y con facies características de nefrópata. Durante la entrevista se muestra cooperador, seguro de sí mismo y con facilidad para expresarse. Se le encuentra orientado en las tres esferas, con atención y concentración normales, memorias a corto y largo plazo conservadas, sin alteraciones en la sensopercepción y afecto eutímico. Federico cuenta con buenos antecedentes de adherencia terapéutica en su dieta y tiene hábitos higiénicos adecuados para la realización de su diálisis. Establece relaciones con facilidad lo cual se hace notable en las redes sociales con las que cuenta.

Comprensión de la enfermedad:

Federico conoce su diagnóstico y está consciente de que su salud depende en gran parte de los autocuidados que tenga. También está enterado de los procedimientos quirúrgicos de un trasplante, el cual constituye una cirugía mayor, por lo cual acepta el riesgo que la misma implica. Sabe que existe cierta posibilidad de rechazo del injerto pero eso no interfiere con su deseo de trasplantarse. De igual forma, está enterado del período de aislamiento al que será sometido como parte de su tratamiento inmunosupresor.

Motivación para trasplantarse:

Federico desea terminar sus estudios de preparatoria para hacer después una carrera profesional; en sus planes a largo plazo están el poder tener una familia. Un motivo especial para trasplantarse es el de demostrar a su familia que si puede salir adelante no defraudándolos.

Aceptación voluntaria del trasplante:

El paciente ha aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante. Refiere que no existe alguna persona que le esté obligando a tomar esta decisión, por el contrario, su familia nuclear y extensa le ha ofrecido el apoyo que necesite para mejorar en su salud.

Relación familiar:

La familia está conformada por ambos padres: Jorge López Méndez de 41 años y Verónica Jiménez Hernández 39 años. Lucía es la hermana mayor y tiene dos hermanos, Federico (receptor) de 20 años e Hilda de 15 años. Entre ellos existe una relación cordial, con jerarquías bien definidas y roles bien distribuidos.

Pruebas aplicadas:

Inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

Resultados:

En el inventario de depresión se encontraron indicios mínimos de autocrítica e irritabilidad, los cuales son manejados favorablemente por el paciente. Su nivel de ansiedad se encuentra en "moderado", predominando la inseguridad, nerviosismo y miedo. Sin embargo es notable distinguir en el paciente un alto nivel de autocontrol y la presencia de recursos de afrontamiento adecuados.

CONCLUSIÓN

Con base en la información recabada, se concluye que Federico López Jiménez es un paciente apto psicológicamente para someterse a un trasplante renal, pues conoce y acepta los riesgos que toda cirugía mayor implica y ha decidido por su propia voluntad participar en el protocolo de trasplante.

A T E N T A M E N T E
MEXICO, D.F. A 23 DE ENERO DE 2001

PSIC. RAÚL J. ALCÁZAR OLÁN
R1 DE PSICOLOGÍA

DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
JEFE DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA

ANEXO 6

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL ÁREA DE PSICOLOGÍA

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

DONADOR
PROTOCOLO DE DONACIÓN DE VIVO RELACIONADO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	Lucía López Jiménez	Expediente: 27 28 29
Sexo:	Femenino	
Edad:	21 años.	
Estado civil:	Soltera	
Escolaridad:	5º semestre de carrera técnica en diseño de modas	
Ocupación:	Hogar	
Lugar de origen:	Distrito Federal	

DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE

Se trata de paciente que se presenta en buenas condiciones de higiene y aliño. Sin facies características y en actitud libremente escogida. Durante la entrevista se muestra amable, de trato sencillo, cooperadora e introvertida. Se le encuentra orientada en las tres esferas, con curso de pensamiento normal, memorias a corto y largo plazo conservadas, sin alteraciones en la sensopercepción y con afecto eutímico. Atención y concentración normales. De igual manera, cuenta con buenos antecedentes de adherencia terapéutica.

Comprensión de la enfermedad del receptor y de la necesidad de trasplante

La paciente conoce la enfermedad de su hermano y está consciente de que la mejor opción de tratamiento es el trasplante renal. Ella ha sido enterada del procedimiento quirúrgico al que será sometida, llamado nefrectomía y de los riesgos que ésta implica dado que es una cirugía mayor. De igual forma, sabe que existe la posibilidad de rechazo del injerto especialmente si no contribuyen con los cuidados médicos que se les prescriban.

Motivación donar

La paciente mantiene una relación fraternal con el receptor desde que eran niños; han crecido juntos y han ido a la escuela juntos. Refiere que ella misma

se propuso por su propia voluntad para donar un riñón sin que algún familiar o amistad le haya exigido que donara pues desea que su hermano se alivie y tenga una vida normal dejando atrás la diálisis.

Relación familiar

La familia está conformada por ambos padres: Jorge López Méndez de 41 años y Verónica Jiménez Hernández de 39 años. Lucía es la hermana mayor y tiene dos hermanos, Federico (receptor) de 20 años e Hilda de 15 años. Entre ellos existe una relación cordial, con jerarquías bien definidas, roles bien distribuidos y todos los integrantes de la familia nuclear están enterados del interés de Lucía por donarle un riñón a su hermano.

Pruebas aplicadas

- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad de Beck

Resultados:

En el inventario de depresión de Beck no se encontraron indicios que contraindiquen el trasplante.

En el inventario de ansiedad de Beck se obtuvo un puntaje mínimo.

CONCLUSIÓN

Con base en la información recabada se propone que Lucía López Jiménez es candidata apta psicológicamente para donar un riñón a su hermano, pues comprende y acepta los riesgos de la cirugía a la que será sometida y ha aceptado por su propia voluntad el hecho de donar.

A T E N T A M E N T E
MEXICO, D.F. A 23 DE ENERO DE 2001

PSIC. RAÚL J. ALCÁZAR OLÁN
R1 DE PSICOLOGÍA

DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
JEFE DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA