

01968  
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Reporte Final de Actividades  
Profesionales de la Residencia en  
Medicina Conductual.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

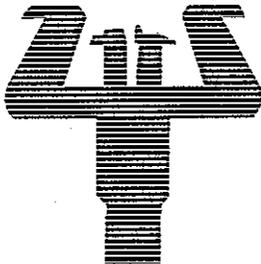
PRESENTA:

**OCTAVIO CAMPOS GUTIÉRREZ**

*Nota: aparece una raya horizontal en la Tesis*

COMITÉ TUTORIAL:

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| Presidente:    | Dra. Dolores Mercado          |
| Primer Vocal:  | Mtro. Arturo Martínez Lara    |
| Segundo Vocal: | Dra. Laura Hernández Guzmán   |
| Tercer Vocal:  | Dr. Héctor Ayala Velázquez    |
| Secretario:    | Mtro. Fernando Vázquez Pineda |
| Suplente:      | Mtro. Leonardo Reynoso Erazo  |
| Suplente:      | Mtro. Samuel Jurado Cárdenas  |



**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**

CIUDAD UNIVERSITARIA 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*Haberte conocido es lo mejor que  
me ha pasado no solo en estos dos  
años, sino desde hace mucho tiempo.*

*Te amo Clau...*

*Gracias.*

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Presentación del Reporte Final de Actividades de la Residencia en Medicina Conductual .....   | 1  |
| <b>I. Capítulo 1</b>  |    |
| 1) Presentación .....   | 4  |
| 2) Breves notas acerca de la Medicina Conductual .....  | 5  |
| 3) Introducción y estado actual de la Psicología de la Salud .....  | 6  |
| 4) Estrés y afrontamiento .....   | 6  |
| 5) Entrevista y manejo del expediente clínico .....   | 7  |
| 6) Evaluación conductual .....  | 8  |
| 7) Diagnóstico y manejo de la ansiedad .....  | 8  |
| 8) Estrategias de intervención: Tópico relajación .....   | 9  |
| 9) Diagnóstico de la depresión .....  | 10 |
| 10) Manejo del dolor .....  | 11 |
| 11) Comunicación de malas noticias .....  | 11 |
| 12) Aparatos y sistemas .....   | 13 |
| 13) Intervención en crisis .....  | 13 |
| 14) Principios de farmacología .....  | 14 |
| 15) Modelos conceptuales en medicina conductual .....   | 15 |
| 16) Simposio Dr Jorge Velasco Alzaga, Salud Mental: Paciente Pediátrico y Familia .....   | 16 |
| 17) Inducción Hospitalaria .....  | 17 |
| 18) Conclusiones .....  | 19 |
| <b>II. Capítulo 2</b>   |    |
| 1) Presentación .....   | 20 |
| 2) Descripción de actividades dentro del hospital de Atizapan .....   | 21 |
| 3) Descripción de las actividades relacionadas con el servicio de Salud Mental dentro del hospital .....  | 22 |
| 4) Contexto de Servicio .....   | 24 |
| 5) Infraestructura física y recursos humanos .....  | 25 |
| 6) Actividades académicas y de formación dentro del Hospital .....  | 26 |
| 7) Dinámica de trabajo .....  | 27 |
| 8) Diagnóstico .....  | 28 |
| 9) Plan de intervención .....   | 29 |
| 10) Conclusiones .....  | 31 |
| 11) Caso clínico .....  | 32 |
| <b>III. Capítulo 3</b>  |    |
| 1) Presentación .....   | 36 |
| 2) Descripción de actividades de los Residentes en Medicina Conductual, dentro del Hospital General de Atizapan .....   | 37 |
| 3) Programas y proyecto de investigación desarrollados dentro del Hospital General de Atizapan .....  | 39 |
| 3.1) Programa de Atención psicológica para Pacientes Diabéticos .....   | 39 |
| 3.2) Programa: Detección y Evaluación de Patrón de Conducta Tipo "A" en Personal Médico del Hospital General de Atizapan: Identificación de un Perfil Institucional ..... | 41 |
| 3.2) Proyecto de investigación desarrollado dentro de la sede .....   | 47 |
| 4) Conclusiones .....   | 64 |



|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| <b>IV</b>   | <b>Capítulo 4</b>  |     |
| 1)          | Presentación   | 65  |
| 2)          | Panorama General del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México  | 66  |
| 3)          | Infraestructura Física y de Recursos Humanos   | 67  |
| 4)          | Descripción de actividades de los residentes de medicina conductual dentro del Hospital Juárez de México   | 68  |
| 5)          | Programa desarrollado dentro del servicio de trasplante renal: La inoculación de estrés como estrategia coadyuvante en la preparación de pacientes para periodo de aislamiento postrasplante | 71  |
| 6)          | Técnicas y estrategias empleadas con los pacientes del servicio de trasplante renal  | 80  |
| 7)          | Conclusiones   | 82  |
| <b>V</b>    | <b>Capítulo 5</b>  |     |
| 1)          | Presentación   | 83  |
| 2)          | Planteamiento de objetivos del área de Psicología dentro del servicio de trasplante renal  | 84  |
| 3)          | Actividades diarias del residente en Psicología  | 85  |
| 4)          | Entrevista psicológica estructurada y consentimiento informado cualificado : receptores y donadores de trasplante renal  | 86  |
|             | 4.1) Administración de la EETR   | 89  |
|             | 4.2) Implicaciones para la Investigación   | 90  |
|             | 4.3) Desarrollo de la EETR   | 90  |
| 5)          | Criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal   | 91  |
| 6)          | Valoración psicológica del receptor y donador  | 92  |
| 7)          | Consentimiento Informado Cualificado   | 102 |
| 8)          | Conclusiones   | 109 |
| <b>VI</b>   | <b>Conclusiones</b>  |     |
| 1)          | Conclusiones y comentarios generales   | 110 |
| 2)          | Análisis por sede Hospital General de Atizapan   | 112 |
| 3)          | Análisis por sede Hospital Juárez de México  | 114 |
| 4)          | Sugerencias y recomendaciones  | 117 |
| <b>VII</b>  | <b>Presentación de Caso</b>  |     |
| 1)          | Descripción de la enfermedad   | 119 |
| 2)          | Descripción del protocolo de Trasplante Renal  | 120 |
| 3)          | Caso clínico   | 122 |
| 4)          | Justificación  | 128 |
| 5)          | Plan de intervención   | 130 |
| 6)          | Procedimiento  | 130 |
| 7)          | Resultados de la intervención  | 133 |
| 8)          | Referencias  | 135 |
| 9)          | Resumen  | 136 |
| <b>VIII</b> | <b>Anexos</b>  |     |
| A)          | Primer periodo de residencia   |     |
| B)          | Segundo periodo de residencia  |     |
| C)          | Caso Clínico   |     |
|             | C1 Inventarios de ansiedad y depresión de Beck   |     |
|             | C2 Registro de actividades dentro del periodo de aislamiento   |     |
|             | C3 Registro de sintomatología ansiosa  |     |
|             | C4 Lista de estresores y lista de actividades  |     |

# Reporte Final de Actividades Profesionales de la Residencia en Medicina Conductual.

*Psic. Octavio Campos Gutiérrez*

febrero de 2000 a febrero de 2002

## Presentación

La Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual, es un programa desarrollado dentro de la facultad de Psicología de la U.N.A.M., en conjunto con la Secretaría de Salud, dicha maestría se encuentra en el marco de postgrados de excelencia de CONACYT.

La parte académica y de supervisión se encuentra a cargo del personal docente y autoridades de la U.N.A.M. y la parte práctica se desarrolla en las diferentes sedes con las que cuenta la Secretaría de Salud, coordinadas a través de la CISAME (Centro Integral de Salud Mental), la cual cuenta con supervisores insitu y profesores titulares de la residencia.

Este programa de maestría lleva mas de una década funcionando, anteriormente con el nombre de Psicología de la Salud, tras este tiempo, la experiencia y la conjunción de esfuerzos han direccionado el rumbo replanteado algunos elementos con el fin de conformar el plan actual.

Dentro de los objetivos sustantivos que persigue este programa de Maestría, podemos mencionar lo siguientes:

- Formar especialistas en el área de Psicología con un alto nivel de excelencia, apoyados en un plan académico que les permita el dominio de modelos y aproximaciones teóricas actuales dentro del campo de la Psicología, asimismo pretende fomentar la labor de investigación sustentada dentro de los marcos teóricos de la medicina conductual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- La formación de psicólogos dentro de escenarios hospitalarios a través de un programa de residencia, que brinda el escenario ideal para desarrollar, pulir y fortalecer las habilidades y competencias profesionales que requieren los especialistas en Psicología.
- Complementar dicha formación con la supervisión y monitoreo constante por parte de supervisores académicos e institucionales, que contribuyen a definir el perfil de los profesionales que se requieren no solo los escenarios hospitalarios, sino también la población general.
- Poner en contacto al residente con diversos tipos de población, que le permitan conocer una amplia diversidad de problemáticas que presentan los pacientes de los diferentes centros hospitalarios a fin de que ponga práctica todas sus destrezas.
- Proveer condiciones óptimas para desarrollar proyectos de investigación y programas dirigidos a apoyar a los pacientes de los diferentes servicios de los centros hospitalarios en donde se encuentran adscritos los residentes de medicina conductual.

Por otra parte, existen objetivos secundarios relacionados principalmente al marco conceptual de la medicina conductual entre los que podemos mencionar que:

- La medicina conductual a nivel preventivo plantea: actuar anticipadamente en la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos, mediante la educación y fomento de prácticas saludables.
- Actuar anticipadamente a la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos, identificados como de riesgo, a través de intervenciones específicas.
- La medicina conductual propone actuar sobre los componentes psicológico-conductuales de las diferentes enfermedades.

- La medicina conductual pretende instalar repertorios conductuales efectivos, que permitan a los pacientes enfrentar su enfermedad y desarrollar hábitos más adaptativos, acorde al nuevo estilo de vida que demande su enfermedad

Los objetivos sustantivos y secundarios citados anteriormente, dan el encuadre del presente trabajo, el cual es una condensación acerca de las experiencias y trabajo realizado a lo largo de cinco semestres de la residencia de la Maestría en Medicina Conductual.

Este sexto reporte general de actividades se encuentra subdividido en cinco capítulos que puntualizan los aspectos más relevantes de cada semestre de residencia, asimismo, se hacen sugerencias y recomendaciones generales acerca del plan operativo de la Residencia en Medicina conductual, así como de las rotaciones dentro de las sedes hospitalarias.

Finalmente se presentan conclusiones generales acerca del desarrollo de los objetivos del plan de maestría, así como de las metas y alcances de dicho plan, de acuerdo a las experiencias de estos cinco semestres. Adicionalmente se incluye la presentación de un caso desarrollo dentro del servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# CAPÍTULO 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Primer Reporte General de Actividades de la Residencia en Medicina Conductual.

*Propedéutico*

*agosto de 1999 a febrero de 2000*

## PRESENTACIÓN

El capítulo 1 de este trabajo, corresponde al primer reporte de actividades de la residencia, este describe las actividades desarrolladas dentro del semestre de propedéutico de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual.

Durante esos seis meses, se impartieron una serie de talleres y clases sobre tópicos diversos que tuvieron como objetivos sustantivos:

- Proporcionar un panorama general acerca de la Medicina Conductual.
- Ubicar el lugar que ocupa el profesional en Psicología dentro de los centros hospitalarios.
- Homogeneizar criterios acerca de la forma de intervención que se practicaría dentro de las sedes hospitalarias a las que seríamos asignados como residentes de Psicología.

Dentro de los objetivos secundarios, se puede distinguir:

- La elaboración y manejo del expediente psicológico, las partes que lo conforman, así como la manera de asentar la información dentro del mismo a través de notas psicológicas.
- Resaltar la importancia de las bases científicas sobre la que se sustentan los modelos psicológicos empleados.
- Revisión de tópicos de interés donde se destacan modelos de intervención para trastornos de ansiedad y depresión, comunicación de malas noticias principios de farmacología, etc.

Esta información se encuentra condensada en una serie de puntos que se comentan brevemente, pero que sin embargo, pueden dar al lector un esbozo aproximado de los contenidos revisados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. Breves notas acerca de la Medicina Conductual.

El término medicina conductual fue inicialmente utilizado por Birk (1973), expresando la importancia de las técnicas conductuales, especialmente la biorretroalimentación, con la finalidad de poder intervenir desde una perspectiva conductual en problemas como el asma, la epilepsia, el dolor de cabeza tensional, migrañas y la enfermedad de Raynaud.

La definición de medicina conductual utilizada con mayor frecuencia es la que se propuso en la conferencia de Yale por Schwartz y Weis: "La medicina conductual es el campo interdisciplinario en la que se desarrollan integran y aplican los conocimientos y las técnicas de la ciencia de la conductual y biomédica, relevantes a la salud y enfermedad, en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weis, 1978).

Autores como Agras, (1982) opinan que el desarrollo de la medicina conductual implica una aproximación científica diferente dentro del campo de la relación salud-enfermedad, la cual nos conduce a llevar a cabo, actividades de investigación interdisciplinaria. así mismo se vuelve un puente entre el estudio de las ciencias biomédicas, sociales y conductuales, en adición, podemos decir que la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud aplican principios conductuales y psicológicos al tratamiento de problemas médicos. La medicina conductual es un complemento del tratamiento médico tradicional, que se enfoca a áreas como el dolor crónico, diabetes, obesidad, hipertensión, adicciones, etc.

En un sentido general, la medicina conductual es un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica, enfocado en la interacción del ambiente social y físico, la cognición, la conducta y la biología en la salud y la enfermedad. En medicina conductual se aplican técnicas basadas en el conocimiento de estas interacciones en la promoción de la salud, en la rehabilitación y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a través del trabajo y de la investigación, los expertos en medicina conductual han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como de su interrelación con factores medio ambientales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **II. Introducción y estado actual de la Psicología de la Salud.**

### **Objetivos:**

- Conocer el desarrollo histórico y el estado actual de la Medicina conductual así como las características generales de la atención a la salud y los niveles de prevención.

### **Contenidos:**

Revisión del desarrollo histórico y la naturaleza de la medicina conductual, desde sus inicios con los modelos supranaturales, maléficos, pasando por los modelos naturales, los modelos orgánicos y psicológicos que se desarrollaron en los años 1800 y 1900, hasta los modelos contemporáneos, haciendo énfasis principalmente en la terapia conductual y en las premisas que rigen a esta tales como: a) que la terapia conductual se centra en la conducta problema, b) dicha terapia asume que los principios conductuales son efectivos en la modificación de conducta, c) los terapeutas adaptan su método de tratamiento al problema del sujeto, d) las técnicas de la terapia conductual han sido sometidas a verificación empírica. Asimismo, se revisaron los campos de acción del experto en Medicina Conductual, desde el nivel preventivo hasta el tratamiento. Finalmente, se revisaron datos acerca de la salud en México, donde se pudo establecer el nivel que ocupan los psicólogos dentro del sector salud en los ámbitos hospitalarios, cual es la demanda de estos expertos en las zonas de alta densidad poblacional y en las zonas rurales, así como los déficits que se registran actualmente.

## **III. Estrés y afrontamiento.**

### **Objetivos:**

- Conocer las características del estrés y del afrontamiento como procesos centrales en el desarrollo de enfermedades crónicas.

### **Contenidos:**

Revisión de los modelos de estrés y afrontamiento, basados principalmente en los planteamientos de Lazarus Folkman, analizando los aspectos cognitivos, fisiológicos y sociales que lo conforman. Descripción de los conceptos de evaluación cognitiva y perceptual que se relacionan al estrés, los efectos a corto y largo plazo y las fases que se encuentran involucradas en ellos.

En lo que respecta a modelos de afrontamiento, se revisó el proceso de evaluación cognitiva que plantea Lazarus, en el que se establecen los siguientes pasos:

- Evaluación inicial de la situación.



- Se cree que las cosas no están bien
- Revisión del contexto en términos de: a) ambiente b) temporalidad. c) dimensiones. d) recuerdo de experiencias previas.
- Determinar la capacidad de control que puede tenerse, (cuales son los recursos con los que se cuenta y cuales son los posibles déficits).
- Despliegue de los efectos experimentados por el sujeto tras la evaluación, (se incluyen aspectos afectivos, fisiológicos, conductuales y cognitivos).
- El sujeto realiza acciones tanto cognitivo como conductuales, enfocadas al problema y a la emoción
- Se obtienen resultados
- Se evalúa nuevamente la situación y se establece cuanto hay que reajustar, repitiéndose nuevamente el ciclo

#### **IV. Entrevista y manejo del expediente clínico**

##### **Objetivos:**

- Conocer y mejorar la entrevista conductual de manera efectiva, conocer algunos elementos importantes del expediente clínico.

##### **Contenidos:**

Descripción de los elementos que componen la entrevista conductual, se encuentran los componentes de relación, éstos se pueden describir como el protocolo que debemos seguir en el inicio, en el curso y al final de la entrevista. Los componentes de relación contemplan la forma en que nos dirigimos al paciente, el saludo, el tono de voz, la forma en que interactuamos con él, la forma de sentarnos, de mirar o escuchar y la forma en que nos despedimos.

Se hizo énfasis sobre la historia del paciente, especificando cuales son los aspectos más importantes que deben indagarse al realizar la entrevista conductual, que tipo de preguntas pueden ser las más adecuadas, que elementos del discurso es necesario analizar, identificar el problema y focalizarlo, que estrategias se deben seguir cuando la entrevista no este cumpliendo su objetivo.

Se abordaron algunas de los procedimientos terapéuticos que se pueden emplear, sus características, alcances y limitaciones, así como la forma en que deben ser propuestos a los pacientes; algunos de estos procedimientos son la desensibilización sistemática, la reestructuración cognoscitiva, la solución de problemas, el modelamiento, el moldeamiento, o la simulación. Finalmente, se comentaron los criterios necesarios para el cierre de sesiones y como establecer las citas subsecuentes.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto al expediente psicológico, se revisaron algunos de los apartados indispensables que este debe de contener como son: los datos generales del paciente, definición del problema y descripción del mismo, análisis de contingencias en donde se especifiquen las variables involucradas, descripción del plan de tratamiento a seguir (esto incluye la programación de actividades para el paciente y la descripción de cada una de estas), objetivos alcances y metas terapéuticas, notas clínicas, observaciones, gráficas (si es que los procedimientos aplicados lo ameritan) y una sección anexa donde se puedan integrar los instrumentos y demás materiales que se hayan utilizado para recabar, corroborar o ampliar la información, así como para determinar un diagnóstico.

## **V. Evaluación conductual.**

### **Objetivo:**

- Conocer algunos de los inventarios, pruebas, escalas e instrumentos propios para la evaluación psicológica y conductual. Manejar los principales apartados que conforman el expediente clínico.

### **Contenidos:**

En este seminario, se revisaron algunos de los instrumentos más comunes para evaluar a los pacientes que se encuentran en los diversos escenarios hospitalarios.

Los instrumentos revisados incluían: escalas de ansiedad (como rasgo y como estado), escalas de depresión, inventarios de asertividad, inventarios de estilos de vida etc.,. Así mismo, fueron determinados los criterios que pueden ayudar en la aplicación de estos materiales, para obtener los resultados más óptimos y efectivos, que permitan diagnosticar, evaluar y obtener información relevante para la toma de decisiones.

## **VI. Diagnóstico y manejo de la ansiedad.**

### **Objetivos:**

- Conocer los diferentes cuadros de ansiedad descritos en el DSM-IV, sus características, su diagnóstico, su diagnóstico diferencial y las diversas aproximaciones terapéuticas utilizadas para tratar estos cuadros.

### **Contenido:**

Resaltar la importancia de conocer los múltiples trastornos de ansiedad debido a la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

morbilidad con que se presentan dentro del ambiente hospitalario. Aunque el DSM-IV comprende dentro de los trastornos de ansiedad una amplia variedad, podemos identificar algunos que presentan con mayor frecuencia los sujetos que cursan alguna enfermedad, que se encuentran hospitalizados o son sometidos a procedimientos médicos. Entre estos se encuentran las crisis de angustia, la fobia específica, los trastornos por estrés agudos, los trastornos por estrés postraumático, los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica. El tratamiento de los trastornos de ansiedad utilizando técnicas psicológicas tiene múltiples ventajas para los pacientes, en comparación con los abordajes psiquiátricos-farmacológicos, ya que los procedimientos no son invasivos, proveen de estrategias que permiten a los pacientes enfrentar la situación de angustia, coadyuvan al tratamiento médico sin interferir con otros esquemas de tratamiento (principalmente los que se relacionan con la ingesta o aplicación de fármacos). Se realizaron revisiones de técnicas cognitivo conductuales que permiten tratar los cuadros descritos anteriormente, sin embargo, es pertinente aclarar que casi de manera general es necesario entrenar al paciente en relajación ya que las técnicas como la desensibilización sistemática o la desensibilización encubierta, requieren de lograr estados de relajación bastante significativos que solo se alcanzan con el entrenamiento correcto y supervisado.

## **VII. Estrategias de intervención: Tópico relajación.**

### **Objetivos:**

- Conocer y ensayar algunas de las estrategias de intervención conductual utilizadas a los problemas a enfrentar.

### **Contenidos:**

Se realizaron revisiones de bibliografía correspondiente al tema, así como entrenamiento por parejas, ejecutando los procedimientos que cada uno conocía, posteriormente se homogeneizaron los criterios respecto al tipo de relajación más adecuada para los pacientes con los cuales se trabajaría en los diversos escenarios hospitalarios, ya que por las características inherentes de la enfermedad de muchos pacientes, varias de las técnicas pueden llegar a estar contraindicadas, algunas de las técnicas que se emplearon fueron la relajación muscular progresiva, relajación con imaginación y la respiración profunda. Dentro del taller, también se mencionaron algunos de los elementos importantes a considerar durante el uso de las técnicas como: el chequeo constante del estado fisiológico que reporta el paciente, el tipo de instrucciones que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

deben dar dependiendo de las características de los mismos el número de sesiones y algunos de los problemas más frecuentes que suelen ocurrir durante el entrenamiento en los diversos tipos de relajación

### VIII. Diagnóstico de la depresión.

#### Objetivo:

- Conocer los diferentes trastornos del estado de ánimo descritos en el DSM-IV, sus características, su diagnóstico diferencial y las diversas aproximaciones terapéuticas utilizadas para tratar dichos trastornos.

#### Contenidos:

Se enfatizó la necesidad de conocer los diversos trastornos del estado de ánimo, ya que estos al igual que los trastornos de ansiedad, son uno de los trastornos más comunes que presentan los pacientes dentro del ambiente hospitalario. Aunque el DSM-IV, comprende dentro de los trastornos del estado de ánimo una amplia variedad, podemos identificar algunos que presentan con mayor frecuencia los sujetos que cursan alguna enfermedad, se encuentran hospitalizados o son sometidos a procedimientos médicos. Entre estos se encuentran el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, y el trastorno del estado de ánimo no especificado. El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, utilizando técnicas psicológicas tiene múltiples ventajas para los pacientes, en comparación con los abordajes psiquiátricos-farmacológicos, ya que los procedimientos no son invasivos, proveen de estrategias que permiten a los pacientes enfrentar la situación de depresión, coadyuvan al tratamiento médico sin interferir con otros esquemas de tratamiento, (principalmente los que se relacionan con la ingesta o aplicación de fármacos).

Se realizó además una revisión de técnicas cognitivo conductuales que permiten tratar los cuadros descritos anteriormente y cuyos objetivos se encuentran relacionados con la identificación, con la evaluación y con el cambio de los sistemas de creencias desadaptativos, para lograr esto se pueden utilizar técnicas de reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, registro conductual o planes de tarea.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **IX. Manejo del dolor.**

### **Objetivos:**

- Conocer los aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales relacionados a la experiencia de dolor, así como algunas de las técnicas utilizadas para su manejo.

### **Contenidos:**

Revisión acerca de los mecanismos fisiológicos involucrados en la experiencia de dolor, desde los receptores, pasando por las zonas de integración cortical, hasta la experiencia cognitiva (psicológica). Se revisaron también los diferentes tipos de dolor y sus características, específicamente el dolor agudo y el dolor crónico. En adición, fueron analizados y criticadas algunas de las investigaciones que se han realizado sobre el tema. Se comentó sobre las características del dolor como: su intensidad, su duración, frecuencia por citar solo algunos.

En lo que respecta a los procedimientos utilizados para manejar el dolor se encuentra la imaginación, la relajación, la inoculación de estrés, que han mostrado tener resultados satisfactorios en el manejo del dolor.

## **X. Comunicación de malas noticias.**

### **Objetivos:**

- Dentro de este seminario se revisaron cuatro tópicos fundamentalmente: la comunicación de malas noticias, la adherencia terapéutica, conceptos sobre hipertensión y dolor de cabeza.

### **Contenidos:**

En la parte del seminario correspondiente a la comunicación de malas noticias, fueron revisados tres modelos predominantes, el modelo de no revelación, el modelo de revelación total y el modelo de revelación individualizada que se considera el modelo de abordaje ideal.

En lo que respecta al tópico de adherencia terapéutica, se comentó que esta es una condición que es necesario promover en los pacientes. La adherencia terapéutica consiste en seguir las instrucciones de manera precisa y habitual. Las instrucciones médicas, así como los esquemas farmacológicos y /o terapéuticos. Se estableció que para las enfermedades crónico degenerativas este es uno de los principales problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud. Esto se debe a varios factores entre los que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

encuentran: la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, por ejemplo. la sobre utilización de términos médicos dificulta dicha comunicación y crea dudas e inseguridad en el paciente.

Se planteó la necesidad de transformar la adherencia terapéutica en hábito, principalmente para los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, ya que generalmente el régimen terapéutico es de por vida y es necesario instalarlo como una parte habitual en la rutina del paciente.

Durante este taller se revisó el manejo de la hipertensión. primeramente por ser uno de los problemas de salud que afectan a una parte importante de la población adulta y por la relación que guarda con múltiples padecimientos, dentro de las características importantes de la hipertensión, destaca su etiología generalmente ideopática, primaria o esencial y la condición asintomática, que impide la identificación temprana de la misma. de manera concomitante fueron revisadas la prevalencia y la morbilidad en la población mexicana, así como los factores de riesgo o predisponentes como: el tabaquismo, el sobre peso, la vida sedentaria o la dieta con alto consumo de grasas, sales y carbohidratos. La hipertensión se asocia frecuentemente a cuatro órganos clave o blanco:

- Cerebro
- Ojos
- Corazón
- Riñón

En adición, fueron revisados algunos de los procedimientos que pueden ser utilizados con este tipo de pacientes como: la adherencia terapéutica, la modificación de hábitos, entrenamiento en asertividad, promover el autocontrol o utilizar técnicas de inoculación de estrés. En la parte final de este seminario se habló acerca del dolor de cabeza, como otro de los problemas que los profesionales en medicina conductual deben conocer, debido principalmente a las consecuencias funcionales del dolor, que están relacionadas con aspectos cognitivos, conductuales, fisiológicos y emotivos. Además es importante poder distinguir entre los diferentes tipos de dolor de cabeza, aquellos que puedan estar asociado al problema de base, a los efectos secundarios de un fármaco o aun probable efecto reactivo que pueda ser generado por condiciones en el medio ambiente del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XI. Aparatos y sistemas.**

### **Objetivos:**

- Realizar una revisión general de los diferentes aparatos y sistemas biológicos que conforman el organismo

### **Contenidos:**

Dentro de estas exposiciones se condensó lo más significativo e importante de los diferentes sistemas y aparatos biológicos que conforman al ser humano.

Primeramente se dio una introducción de la planimetría o planología que es la división imaginaria del cuerpo humano para ubicar algún sitio en particular posteriormente se explicaron algunas de las nociones básicas de biología se definió que es una célula, cuáles son las estructuras que la conforman y cuales son las funciones de dichas estructuras dentro de la célula. Se definió que es un tejido, que es un órgano y que es un sistema y como se encuentran conformados. En el seminario también se revisaron cuales son los principales tejidos que conforman el cuerpo humano como son: el tejido epitelial, tejido conectivo, tejido hematopoyético, tejido muscular, tejido nervioso.

Otro de los tópicos revisados fue el sistema cardiovascular, aquí se revisó como esta conformado, cuales son sus funciones y que padecimientos se encuentran asociados con este sistema. Bajo el esquema señalado anteriormente también fueron abordados los sistemas respiratorio, circulatorio, reproductivo, músculo esquelético, digestivo y endócrino. La presentación de los seminarios fue complementada con comentarios y discusión grupal.

## **XII. Intervención en crisis.**

### **Objetivos:**

- Conocer las características principales de las técnicas de intervención en crisis, su aplicación y evaluación.

### **Contenido:**

Se enfatizó la necesidad de conocer los trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático, ya que dentro del ambiente hospitalario los pacientes se encuentran sometidos a situaciones intensas de estrés, que se pueden ligar incluso a condiciones importantes de su recuperación, su evolución y de su estado de salud en general, de ahí que las técnicas de intervención en crisis sean una parte importante del entrenamiento de los profesionales en medicina conductual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los trastornos como el estrés agudo o el estrés postraumático, generalmente suelen ser el resultado de estar expuesto a una situación de desastre, ya sea natural (inundación, temblor etc.), causada por los humanos (asalto con violencia, secuestro, violación etc.) o relacionada con un desastre personal (como sufrir alguna enfermedad incurable). Sin embargo es importante destacar que no todas las personas cuentan con los mismos recursos para poder enfrentar las situaciones catastróficas o amenazantes, por lo que no todas las personas al enfrentar las situaciones señaladas, manifiesten un estrés agudo o postraumático, esto dependerá de las características del estresor, de las variables específicas de cada sujeto, de la respuesta subjetiva al estresor y del apoyo social.

Dentro del ambiente hospitalario, no solamente el hecho de padecer una enfermedad crónica o degenerativa incrementa los niveles de estrés en los pacientes, el aplicar procedimientos invasivos o complejos también lo incrementa de manera significativa dicho estrés.

El tratamiento de los trastornos citados utilizando técnicas psicológicas tiene múltiples ventajas para los pacientes, en comparación con los abordajes psiquiátricos-farmacológicos, ya que los procedimientos no son invasivos, proveen de estrategias que permiten a los pacientes enfrentar la situación estresante, coadyuvan al tratamiento médico sin interferir con otros esquemas de tratamiento, (principalmente los que se relacionan con la ingesta o aplicación de fármacos).

Adicionalmente se revisaron técnicas cognitivo conductuales que permiten tratar los cuadros descritos anteriormente y cuyos objetivos se enfocan en proporcionar al paciente estrategias que le permitan manejar la situación amenazante y/o estresante.

Dentro de las técnicas empleadas en la intervención en crisis se encuentra la relajación, la desensibilización sistemática, la desensibilización encubierta, la detención del pensamiento o la reestructuración cognoscitiva.

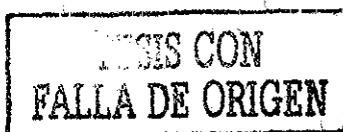
### **XIII. Principios de farmacología.**

#### **Objetivos:**

- Conocer los principios básicos relacionados a la farmacología

#### **Contenidos:**

Describir algunos de los principios generales de la farmacología así como algunas



de sus divisiones entre las que destacan: la farmacodinámia y farmacocinética.

Este seminario aportó información que es necesario manejar en la práctica cotidiana por los expertos en medicina conductual ya que dentro de cualquiera de los escenarios hospitalarios la aplicación de esquemas de tratamiento farmacológico a los pacientes, es la práctica generalizada además, es necesario conocer la serie de conceptos y términos que se emplean con mayor frecuencia en dichos tratamientos.

#### **XIV. Modelos conceptuales en medicina conductual.**

##### **Objetivos:**

- Conocer algunos modelos que sustentan las intervenciones de los especialistas en medicina conductual.

##### **Contenidos:**

Revisión de algunas de las principales teorías en Psicología, sobre todo aquellas relacionadas al aprendizaje y dentro de estas los modelos de condicionamiento operante, de condicionamiento clásico y de aprendizaje social, adicionalmente se revisaron procesos como el modelamiento, el moldeamiento, la extinción o el tiempo fuera.

Otro de los apartados estuvo dedicado a los procesos básicos, algunos de estos procesos no son privativos de la especie humana como son la atención, el aprendizaje o la memoria, sin embargo, otros como el juicio o el razonamiento, se considera que solo se presentan en la especie humana. También fueron revisados los procesos de motivación y emoción, ya que una gran parte del despliegue conductual de los seres humanos, tales procesos se encuentran presentes. Adicionalmente, se enfatizó la importancia que tienen tales procesos en prácticamente todas las actividades que desempeñan los individuos y como a la mayoría de modelos y paradigmas psicológicos subyacen dichos procesos.

En adición, el conocer y entender la manera en que los procesos básicos se integran produciendo un resultado que implica un despliegue conductual, permite a los especialistas ampliar las perspectivas desde las cuales se aborda un problema.

Finalmente, fueron revisados los modelos de estrés y afrontamiento, autocontrol y autoeficacia, de los cuales se revisaron sus antecedentes, sus características y sus aplicaciones.



## **SIMPOSIO DR. JORGE VELASCO ALZAGA**

### **SALUD MENTAL: PACIENTE PEDRIATRICO Y FAMILIA**

Este evento fue dirigido al personal especializado en el área (pediatras, psiquiatras y psicólogos), sustentado por una serie de trabajos presentados por los especialistas del personal del Servicio de Salud Mental del INP, así como algunos invitados que se desarrollan en este campo.

Los temas principales abordados giraron alrededor de la salud mental pediátrica y la familia del paciente, se resaltaron no solo la importancia de los aspectos biológicos relacionados a la patología, sino también, la de los elementos psicológicos, así como de la constelación social relacionados al curso y desarrollo del proceso patológico orgánico. También fueron señaladas las formas de intervención implementadas en los múltiples servicios como; oncología, nefrología o neonatología.

Los trabajos del simposio tuvieron como objetivo principal tratar de ubicar el lugar que guarda la práctica pediátrica en México en estos momentos, destacando la importancia de la prevención y la detección temprana de diversas alteraciones, así como el trabajo multidisciplinario e integral en el tratamiento de las mismas.

Podemos citar como objetivos secundarios de este simposio, el papel que desempeña el área de salud mental en el INP. El programa de trabajos presentados fue el siguiente:

- Conferencia: "La Pediatría y la Familia en los Umbrales del Siglo XXI".
- Conferencia: "Sistema Nervioso y Patología Sistémica".
- Conferencia: "Evaluación Neuropsicológica del Paciente Pediátrico".
- Sesión Anatomoclínica (Mesa redonda).
- Mesa redonda: Salud Mental en Problemas de Alto Riesgo.
- Mesa redonda: Salud Mental en Problemas Crónicos.
- Conferencia: Retos de la Salud Mental Infantil y Familiar para el Nuevo Milenio.

Este simposio resultó ser una de las actividades importantes dentro del semestre de propedéutico, no sólo por ser la primera actividad formal relacionada con la maestría en medicina conductual sino por que la serie de materiales presentados a lo largo de este simposio proporcionaron una idea mas clara y realista de las actividades que realizaremos dentro de los diversos escenarios hospitalarios.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Inducción Hospitalaria.

La inducción hospitalaria, fue el paso previo antes de ingresar de manera formal como residentes de Medicina Conductual dentro de las sedes de la Secretaría de Salud. Tal experiencia resulto enriquecedora principalmente por ser el primer acercamiento al campo de trabajo en el que nos vamos a desenvolver.

La primera inducción hospitalaria se realizó dentro del "INER". Dentro del grupo de inducción donde fui asignado, se incluyeron las visitas a los diferentes pabellones del hospital, se nos explicó que dichos pabellones contienen a la población hospitalaria internada y se dividen generalmente por el tipo de padecimiento respiratorio que cursa el paciente. Las cinco residentes que ahí laboran comentaron que dentro de las actividades cotidianas que realizan se encontraban: visitas frecuentes a los pacientes internados en los pabellones, con el fin de realizar entrevistas de primera vez (esto solo se aplica a los pacientes para quienes fue solicitada la interconsulta con el servicio de psiquiatría), evaluar la evolución del paciente, aplicar los procedimientos psicológicos pertinentes para cada caso o para establecer contacto con los familiares de los pacientes internados y de quienes se requiere de su participación para el tratamiento que se este aplicando o para obtener información adicional.

Otras de las actividades de las residentes, es la atención de la consulta externa, aquí se atienden a pacientes de todo tipo, incluyendo a los pacientes de pabellón que fueron dados de alta y a los cuales se les recomendó que continuaran con el tratamiento psicológico, adicionalmente se han implementado talleres de autoestima y relajación con los pacientes dados de alta.

La segunda inducción hospitalaria se efectuó en el "Hospital Juárez" y fue dividida en dos partes, la primera de ellas se realizó en el servicio de Nefrología, este servicio cumple principalmente con tres funciones principalmente: la aplicación de procedimientos de diálisis, hemodiálisis para los pacientes con problemas renales que aun no han podido ser transplantados, la atención en consulta de nuevos pacientes y de pacientes subsecuentes con este tipo de padecimientos y la realización de transplantes renales. Las funciones que realizan los residentes en este servicio son fundamentales para que puedan llevarse acabo con una mayor probabilidad de éxito los transplantes que aquí se realizan ya que las intervenciones programadas permiten corregir al máximo los problemas

inherentes a este tipo de intervenciones.

El evaluar de manera constante al paciente, proveerlo de estrategias cognitivo conductuales que le permitan enfrentar cada uno de los momentos que conforman el procedimiento de trasplantes.

Los residentes también participan en comités encargados de evaluar a los candidatos a trasplante, en el apoyo a los pacientes que asisten a la clínica de diálisis. Además realizan evaluaciones para integrar el expediente de pacientes de primera vez.

Este servicio contempla que los residentes en psicología de la salud realicen guardias, principalmente los días subsecuentes a los trasplantes, esto con el fin de garantizar el apoyo necesario a los pacientes postoperados.

Este servicio se percibe como uno de los más organizados y con funciones muy bien estructuradas y delimitadas para cada uno de los miembros que conforman el equipo de trasplantes, en adición, el jefe de servicio de nefrología, reconoce como necesaria y de gran valía las actividades que son desempeñadas por los profesionales en psicología conductual.

Finalmente el último periodo de inducción se realizó en el servicio de oncología del citado hospital, este servicio se encuentra dividido en tres partes: hospitalización (pacientes de piso), quimioterapia y radioterapia. Las actividades que realizan los psicólogos en este servicio consisten en la atención de pacientes hospitalizados. los residentes en medicina conductual comentan que los problemas que generalmente enfrentan los pacientes hospitalizados se relacionan con depresión, ansiedad o trastronos adaptativos, que son tratados fundamentalmente a través de técnicas cognitivo conductuales.

En quimioterapia, se comentó que uno de los problemas que enfrentan los pacientes aquí, es la falta de información y de preparación psicológica antes de ingresar a la aplicación de los diversos procedimientos por lo que la labor de los psicólogos consiste en preparar a los pacientes con técnicas de antes de que sean administrados los procedimientos de quimioterapia con el fin de disminuir algunos de los efectos adversos como son: la náusea o el vómito anticipatorio que presentan como efectos colaterales a la administración de los fármacos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Conclusiones

Los cursos y seminarios recibidos en el primer semestre de propedéutico tuvieron como objetivo proveernos de información útil acerca de diversos tópicos relacionados con la medicina conductual y su aplicación práctica a los pacientes en los diversos escenarios hospitalarios.

De manera personal, seminarios como el de farmacología, aportaron nuevo conocimiento sobre algunos conceptos propios del área. El seminario acerca del manejo del expediente clínico permitieron actualizar e integrar información que permitió desempeñarnos con mayor eficiencia en el manejo del paciente.

Asimismo, otro de los seminarios que me pareció interesante fue el de aparatos y sistemas biológicos, sin embargo, considero que fue poco tiempo el destinado a revisar de manera general algunos de los contenidos.

Las visitas a los diferentes servicios de los hospitales, resultaron ser una experiencia por demás ilustrativa, ya que pudimos observar de cerca cuales serían algunas de las funciones que tendríamos que desempeñar en los múltiples escenarios hospitalarios.

También nos pudimos percatar durante las visitas que, el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, forma parte de la rutina diaria de los psicólogos de la salud en el ambiente hospitalario.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# CAPÍTULO 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Segundo Reporte General de Actividades de la Residencia en Medicina Conductual.

*Sede: Hospital General de Atizapan Servicio de Cirugía General*

*1º marzo a 31 de agosto de 2000*

## PRESENTACIÓN

El capítulo 2º de este trabajo, corresponde al primer semestre de rotación del programa de residencia en Medicina Conductual. Como se menciona en la presentación de este trabajo, la parte práctica del programa de residencia se desarrolló dentro de las sedes de la Secretaría de Salud, tras una evaluación y selección, fuimos asignados los estudiantes que conformamos el grupo de maestría después de haber concluido el semestre de propedeútico y la inducción hospitalaria.

La rotación realizada en esta sede resultó ser una experiencia por demás interesante, no solo por lo que implica el ingreso a la sede hospitalaria, sino porque esta institución fue de nueva inclusión, debido a esto, las expectativas se ampliaron de manera importante, permitiendo desarrollar una gran cantidad de propuestas en una sede prácticamente virgen en cuanto a trabajo psicológico se refiere.

Es importante señalar que para que estas acciones se dieran, fue fundamental replantear el programa operativo en forma sustancial, pero conservando los contenidos básicos.

Este segundo capítulo, recopila trabajo desarrollado dentro del hospital General de Atizapan al cual fui asignado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Descripción de actividades dentro del Hospital de Atizapan

Una vez incorporados al Hospital de Atizapan la primera actividad consistió en presentarnos con los jefes de servicio de esta institución e investigar cuales eran las principales necesidades y adecuarlas al plan operativo del programa de residencia, las principales demandas fueron ubicadas dentro de los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Ginecobstetricia, sin embargo, los esfuerzos fueron canalizados a los dos primeros servicios ya que estos presentaban mayores necesidades y se encontró una mayor apertura hacia el programa de residencia. los servicios fueron divididos entre los especialistas en medicina conductual que ahí laboramos, para optimizar el trabajo.

El servicio de Cirugía, al cual fui asignado, tenía características ideales que permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos durante las clases teóricas de la residencia.

Aquí se realizan intervenciones quirúrgicas de diferentes tipos y nivel, sin embargo, los pacientes que ingresan a este servicio generalmente no cuentan con preparación tanto en el periodo preoperatorio como para el periodo postoperatorio, (refiriéndonos principalmente a los aspectos psicológicos concomitantes a procedimientos invasivos), asimismo, se presenta de manera frecuente una falta de adaptación al ambiente hospitalario por parte de los pacientes, así como problemas de depresión y ansiedad, sobre todo en los pacientes con diagnóstico de pie diabético, en adición, la angustia y los miedos también suelen presentarse en la mayoría de los pacientes que son sometidos a intervención quirúrgica:

**PASES CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Descripción de las actividades relacionadas con el servicio de Salud

### Mental dentro del hospital.

Hasta antes de nuestra incorporación, esta sede hospitalaria contaba con dos psicólogos y un psiquiatra para cubrir las necesidades de la población de la zona de Atizapan y algunos municipios aledaños en lo que respecta a atención psiquiátrica y psicológica de hospitales de 2º nivel

Dicho hospital, sin embargo no contaba con un servicio de Psiquiatría, de Psicología o de Salud Mental propiamente dicho dentro del organigrama de la institución, por otra parte, tampoco existían actividades programadas para estos especialistas dentro de un acta o memoranda.

Asimismo, dentro del hospital no se llevaban a cabo programas, cursos, pláticas, talleres o seminarios donde participaran los profesionales citados, por lo que la gran mayoría de estas actividades, eran desarrolladas y ejecutadas por personal médico o de enfermería de alguno de los servicios mencionados en el primer apartado.

Los antecedentes citados pueden dar un esbozo de las características que presentaba dicha institución antes de nuestra incorporación.

Es pertinente señalar que poco después de nuestra incorporación, la institución puso especial interés en integrar un servicio de Salud Mental estructurado, que permitiera ofrecer una atención para solventar en la medida de lo posible, las necesidades en la población de esta área del Estado de México.

Dentro de las acciones tomadas para este fin, se creó un espacio físico dentro de la institución, dentro del 1er piso del hospital en el área de consulta externa, adicionalmente, se han llevado a cabo juntas dentro del comité del hospital para definir algunos aspectos técnicos inherentes a la creación de este servicio como la división de la cual dependerá el servicio que en este caso es la División de Medicina Interna, su ubicación dentro del organigrama, el costo de las consultas o el registro de las citas para cada uno de los especialistas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Además, el personal del servicio (donde estuvimos incluidos los residentes en Medicina Conductual), realizamos reuniones para replantear las condiciones de trabajo dentro del mismo, comenzando por delimitar las funciones de cada uno de los miembros que lo conformamos de acuerdo a nuestra especialidad, en nuestro caso esto se encuentra asentado en el Programa Operativo de Residencia en Medicina Conductual que fue entregado al jefe de enseñanza y a la jefa de División de Medicina Interna que funge como nuestro superior inmediato.

En cuanto a este punto cabe aclarar que algunas de las actividades señaladas dentro del Programa de residencia no fueron ejecutadas por las características de la institución, a sí mismo, actividades adicionales desarrolladas que no se encontraban contempladas en el programa, pero que son necesidades dentro del hospital, fueron discutidas previamente con la jefa de Medicina Interna y ejecutadas de acuerdo a lo establecido en estas pláticas.

Otro de los puntos a discutir con los miembros del servicio, fueron los criterios que se emplearían para establecer los diagnósticos para los pacientes, así como los instrumentos pertinentes y/o necesarios para apoyar tales diagnóstico o evaluaciones que se requieran.

Por último, fue discutida la asignación de horarios para cada miembro del servicio, sin embargo, este punto no quedó totalmente definido, ya que un solo consultorio, por las características del trabajo terapéutico, requiere de entre 30 y 50 minutos por consulta, resulta apenas suficiente para 5 especialistas.

En lo que respecta al programa operativo, se adecuó un formato de entrevista que se utiliza con los pacientes hospitalizados y de consulta externa, así mismo, se creó una hoja específica para anexar al expediente clínico en el que se asientan datos referentes a la intervención psicológica como son: fase del tratamiento, número de consultas técnicas empleadas, resultados de la técnica, etc. es importante señalar que el proponer la inclusión de estos elementos dentro del expediente de los pacientes es un aspecto novedoso, que permite identificar de manera más precisa y evidente el trabajo que se realiza con los pacientes a nivel psicológico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Contexto de Servicio

### Descripción General

El Hospital General de Atizapan forma parte de un conjunto de centros de salud de segundo nivel que operan en el área conturbada del Estado de México en su zona norte, este brinda atención a la población de los municipios de Atizapan de Zaragoza, Villa Nicolas Romero, Villa del Carbón, Tlalnepantla y Naucalpan principalmente, sin embargo, puesto que se atiende a la población abierta, dicho centro también ofrece servicio a pacientes que llegan de diferentes partes de la república mexicana.

La población que generalmente es atendida en este hospital es de estrato socio económico bajo.

El citado hospital cuenta en lo económico con dos apoyos principalmente, uno por parte del Instituto de Salud del Estado de México, con sede en Toluca y un financiamiento exterior por parte de una compañía automotriz. Dentro del hospital, se cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Medicina Interna
- Cirugía
- Ginecobstetricia
- Pediatría
- Servicio de Urgencias
- Neonatología
- Medicina Preventiva
- Salud Mental
- Odontología
- Unidad de cuidados intensivos
- Clínica del adolescente
- Radiología

En este hospital se ofrecen aproximadamente un total de 170 consultas diarias donde se encuentran incluidos todos los servicios mencionados anteriormente.

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Infraestructura Física y de Recursos Humanos

### Infraestructura Física

En lo que respecta a infraestructura, el Hospital General de Atizapan cuenta con 144 camas distribuidas de la siguiente forma:

- Servicio de Cirugía 73 camas
- Pediatría y Neonatología 32 camas
- Ginecobstetricia 38 camas

### Recursos Humanos

El Hospital cuenta con los siguientes recursos en lo que a personal de salud se refiere:

#### 1. Equipo médico

- Pediatría 12
- Servicios Auxiliares y tratamiento 6
- Ginecobstetricia 11
- Medicina Interna 17
- Anestesia 10
- Cirugía 16
- Sub Directores, jefes de servicio y de división 9

Dentro del servicio de consulta externa existen especialistas de diversas especialidades o enfocados a programas o clínicas específicas, entre los que se encuentran odontólogos, un psiquiatra, un urólogo y un médico para la atención de adolescentes. Dentro del equipo médico que labora en el hospital, se incluyen 35 residentes distribuidos en los principales servicios con los que cuenta esta institución de salud, asimismo, 27 internos. Estos se encuentran divididos de la siguiente manera:

- Ginecología 6
- Cirugía 6
- Pediatría 6
- Medicina Interna 3
- Urgencias 3
- Medicina Preventiva 3

#### 2. Enfermería

- Turno matutino 68
- Turno vespertino "A" 36
- Turno vespertino "B" 31
- Jornada de Sábado y Domingo 35
- Turno mixto 33

#### 3. Trabajo Social

- Turno Matutino 7
- Turno Vespertino 1
- Jornada de Sábados y Domingos 2

#### 4. Psicología

- Turno Matutino 2
- Residentes en Psicología 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Actividades académicas y de formación dentro del Hospital

Entre las actividades académicas y de formación dentro del Hospital General de Atizapan durante estos seis meses, se incluye:

- La asistencia a las sesiones generales que se llevan a cabo los días martes a las 8:30am. donde son expuestos y discutidos tópicos relacionados a la salud por personal del hospital o por especialistas externos.
- La asistencia a seminarios, conferencias o cursos, sobre diversos tópicos de salud impartidos tanto por personal del hospital como de especialistas externos, obteniendo constancia de participación de los siguientes cursos:
- Lactancia Materna.
- Primer curso sobre actualidades en enfermedades infectocontagiosas.
- Participación como ponente en las sesiones generales del hospital con el tema: "La medicina conductual una apreciación Psicológica", obteniendo constancia de participación como ponente.
- Discusión de casos con el supervisor insitu.
- Pláticas de manejo de estrés al personal de enfermería del piso de cirugía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Dinámica de trabajo

La ejecución del programa de residencia se llevó a cabo de acuerdo a las características del hospital, a sus recursos y necesidades. centrándose los esfuerzos en dos servicios principalmente. Medicina Interna y Cirugía.

Las principales problemáticas tratadas en estos servicios se citan a continuación:

- a) Ansiedad
- b) Depresión
- c) Trastornos adaptativos
- d) Miedos
- e) Falta de adherencia terapéutica
- f) Preparación para intervención quirúrgica (fase preoperatoria y postoperatoria)
- g) Estrés
- h) Angustia
- i) Contención de pacientes en crisis

El acercamiento a los pacientes en ambos servicios se realiza principalmente de tres maneras:

1) *A través de la visita psicológica de rutina:*

Aquí se identificaban aquellos pacientes que requerían de una intervención sobre algún problema específico, estas visitas eran realizadas de forma cotidiana.

2) *Por referencia del personal de enfermería:*

A través de la comunicación verbal directa del personal de enfermería se obtenía información acerca de pacientes con los que se presentan dificultades para la aplicación de procedimientos de rutina.

3) *Por interconsulta.*

Aquí el personal médico solicita por medio de interconsulta el apoyo del personal de psicología, es pertinente señalar que esta forma es la menos frecuente de establecer contacto con los pacientes, principalmente debido a lo novedoso de la incursión de especialidades como la medicina conductual en ambientes hospitalarios, sin embargo se sigue fomentando y promoviendo esta colaboración con el personal médico.

## Diagnóstico

Para la detección y diagnóstico de los pacientes en los servicios de cirugía y medicina interna se sigue un esquema general que esta conformado por los siguientes pasos.

a) Revisión del expediente:

Identificando elementos importantes como: padecimiento actual, esquema de medicamentos, internamientos anteriores, antecedentes de padecimientos psicológico-psiquiátricos del paciente o de familiares, datos generales etc.

b) Exploración con el paciente:

Que puede incluir: examen mental, entrevista estructurada o semi estructurada según el caso, detección del problema.

Esta primera parte nos proporciona una apreciación clínica que deriva en un diagnóstico presuntivo. Posteriormente se efectúa:

c) Aplicación de instrumentos:

Que permite realizar un diagnóstico confirmatorio o un diagnóstico diferencial. En esta parte se incluyen instrumentos, escalas e inventarios, que de acuerdo con el caso puede ser un paquete de pruebas ya establecido o elementos independientes.

Cabe señalar que, como requisito dentro del hospital se pide que todos los pacientes que sean tratados sean diagnóstico en base al ICE-10, sin embargo, algunas de las intervenciones no necesariamente implican el emitir un diagnóstico con las características citadas ya que implican entrenamiento en habilidades específicas o implementación de programas y repertorios conductuales que proporcionen mejores estrategias de afrontamiento o una mejor adherencia terapéutica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Plan de intervención

Dentro de los problemas que generalmente son tratados dentro de los servicios mencionados se encuentran: la depresión, la ansiedad, los miedos, inadaptación al ambiente hospitalario y particularmente en el servicio de cirugía se trabaja en la fase preoperatoria y postoperatoria de las intervenciones quirúrgicas que ahí se practican. Ante tales problemáticas se aplican una o varias técnicas dependiendo de cada caso, entre las que se incluyen:

### a) **Técnicas de relajación.**

Las técnicas de relajación se emplean en múltiples problemas, generalmente como procedimiento coadyuvante o secundario a una intervención principal, por ejemplo, en la ansiedad, la angustia o el estrés postraumático, se aplican algunas de las técnicas de relajación que a continuación se mencionan y posteriormente se puede utilizar alguna técnica de desensibilización sistemática o adaptación de la misma. Entre las técnicas que se emplean con mayor frecuencia se encuentran:

- Respiración diafragmática.
- Relajación muscular progresiva.
- Imaginería.

### b) **Desensibilización sistemática.**

- Esta técnica descrita por Wolpe para el tratamiento de trastornos de ansiedad, se emplea en problemas como: fobias, cuasifobias, trastornos de ansiedad e inoculación de estrés.

Esta técnica tiene como objetivo, disminuir la respuesta ansiosa ha un estímulo o arreglo de estímulo dado, la técnica ha sufrido adaptaciones y modificaciones, sin embargo, el principio sigue siendo el mismo, jerarquizar los estímulos, presentarlos al paciente y lograr control sobre las respuestas de ansiedad que este produce, por ejemplo esta técnica se emplea en este hospital en pacientes que presentan temor exagerado sobre algún procedimiento médico o sufren de algún tipo de fobia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**c) Técnicas cognitivo-conductuales.**

- Las técnicas cognitivo-conductuales son otra de las herramientas empleadas para tratar algunos de los problemas comunes que presentan los pacientes hospitalizados como: mitos y creencias acerca de su enfermedad, ideas sobre procedimientos hospitalarios, preparación para fase preoperatoria y postoperatoria o poca adaptación a los ambientes hospitalarios, siendo las más utilizadas la reestructuración cognitiva, el manejo de ideas irracionales, cambio de ideas o la reatribución.

Estas técnicas tienen como objetivo manejar material cognitivo que tiene implicaciones directas o repercute sobre la enfermedad o padecimiento del paciente.

Por otra parte las técnicas conductuales como son: el modelamiento, moldeamiento, aproximaciones sucesivas, contracondicionamiento, extinción o condicionamiento, se aplican principalmente cuando es necesario modificar aspectos muy específicos del comportamiento del paciente, que pueden evidenciarse a través de un análisis de contingencias, que permite identificar los elementos antecedentes y consecuentes de una conducta y posteriormente realizar arreglos conductuales para reforzar, extinguir, cambiar o instalar una respuesta o repertorio conductual.

**d) Abreacción y contención**

- La abreacción y la contención son procedimientos que también se emplean con los pacientes, principalmente cuando se realiza intervención en crisis, donde el objetivo principal es estabilizar al paciente que se encuentra cursando un periodo crítico. Esto se lleva a cabo principalmente manejando los aspectos emotivos que generalmente son expresados de manera incontrolada o son contenidos.

## Conclusiones

Una evaluación general acerca de las actividades desarrolladas dentro de esta sede, indicó un paulatino pero consistente desarrollo del programa operativo, esto debido a que esta sede, es de nueva inclusión en el programa de residencia y no se contaba en esta institución con profesionistas que tuvieran las características del perfil propuesto en dicho programa, sin embargo, se aprecia una constante aceptación hacia el trabajo que se realiza en los diferentes servicios por parte de los residentes en medicina conductual.

Las actividades del programa operativo, en lo que se refiere a la atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, a generado resultados palpables principalmente con intervenciones que sirven como coadyuvantes del tratamiento médico y de los procedimientos de rutina por parte del personal de enfermería.

En el servicio de consulta externa, la atención psicológica se ha incrementado en más del 50%, teniendo mayor incidencia en la población menor de 30 años. Asimismo se ha colaborado en actividades que no forman parte del programa operativo, pero que se consideran como una necesidad dentro de la institución.

En lo que respecta al programa de atención psicológica a pacientes diabéticos, este se encuentra desarrollándose y se trabaja en estos momentos en la fase evaluativa, se espera que en fecha próxima se ejecute el programa de club para pacientes diabéticos, con lo que se podrá poner en marcha el programa citado

Por otra parte el programa sobre detección y evaluación de conducta tipo "A" en personal médico del hospital, tuvo una aceptación razonable, sin embargo la detección constituyo un proceso lento. Adicionalmente el hecho de que hayan sido evaluados y aceptados dentro del comité del hospital, señala la apertura que existe hacia las propuestas de los residentes en medicina conductual.

Resulta pertinente señalar que los programas que se han propuesto han sido dirigidos y supervisados rigurosamente, por lo que los fundamentos teóricos y conceptuales que soportan dichos programas son firmes y proporcionan una base estable

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Caso clínico.

### Entrevista de exploración

#### Datos Generales:

Paciente : Daniel V T  
Edad : 29 años  
Sexo : Masculino  
Edo. Civil : Soltero  
Escolaridad : Preparatoria  
Expediente : 90651  
Religión : Católico  
Ocupación : Trabajos artesanales y de ornamento  
Lugar de n. : Estado de México  
Interconsulta : Medicina Interna  
Diagnóstico : VIH  
Expediente : 90651  
Ingreso al servicio: 18 de julio del 2000

#### Motivo de Inirconsulta:

Paciente masculino de 29 años con diagnóstico de VIH con un tiempo de evolución de tres años aparenta clínicamente depresivo. Se solicita interconsulta a Psicología.

#### Motivo de interconsulta en palabras del paciente:

Desde hace aproximadamente 6 meses a la fecha el paciente refiere sentirse triste, desganado, apático ante las actividades de rutina, presenta impotencia sexual.

#### Entrevista:

El paciente se presenta puntual a su cita, en buenas condiciones de aliño e higiene, se aprecia tranquilo, adopta posición libremente escogida, se encuentra orientado en las tres esferas. presenta memorias conservadas. se aprecia facie depresiva, su discurso es fluido y constante aunque se aprecia hipofónico debido a laringitis crónica, se muestra cooperador a la entrevista

Daniel se considera un hijo deseado. desconoce si hubo complicaciones perinatales o durante la gestación de la madre. Comenzó a caminar a al edad de 11 meses. logro el control de esfínter a los tres años de edad. comenzó a hablar a los dos. Refiere abuso sexual a la edad de 7 años por el hermano mayor durante aproximadamente 4 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Daniel proviene de una familia nuclear de estrato socioeconómico medio-bajo, es el menor de 6 hermanos (3 hombres y 2 mujeres) vive actualmente con su padre, su madre falleció hace un año. Se dedica a elaborar trabajos manuales y artesanales con lo que obtiene algunos ingresos de manera esporádica, estudio hasta el bachillerato. Refiere el inicio de la vida sexual a la edad de 15 años con pareja heterosexual, posteriormente a la edad de 22 años inicia relaciones homosexuales con múltiples parejas. En el año de 1997 es diagnosticado como paciente con VIH después de un internamiento.

Manifiesta haber tenido ideación suicida posterior al diagnóstico de VIH. Sintió desesperanza durante el tiempo que no podía conseguir los medicamentos. Considera haber recibido apoyo social por parte de la familia. Señala diversos conflictos con sus parejas sexuales. Se identifican duelos no elaborados de significativos (madre, pareja sexual y amigos cercanos con VIH).

#### **Historia del problema:**

El paciente comenta que aproximadamente desde hace 6 meses se ha sentido desgastado, cansado, se fatiga con frecuencia, tiene problemas para conciliar el sueño, se siente "devaluado" y triste, presenta impotencia y ha disminuido el apetito sexual, situación que lo preocupa de manera considerable. El paciente niega haber recibido ayuda profesional, aunque asiste a grupos de apoyo para pacientes con VIH.

#### **Impresión diagnóstica:**

Se aprecia clínicamente trastorno depresivo moderado, se aplicaron pruebas para establecer diagnóstico confirmatorio o diferencial.

#### **Instrumentos empleados:**

IDARE, Beck de depresión y de ansiedad, Prueba de estrategias de afrontamiento. Los resultados de la prueba de depresión de Beck indicaron un nivel de 40 en estado y 20 en rasgo, los resultados del Beck de ansiedad se encuentran en parámetros aceptables, la prueba de estrategias de afrontamiento indica buenas estrategias de afrontamiento, tomando en cuenta el tipo de padecimiento, como comentario adicional es pertinente señalar que algunas manifestaciones de la enfermedad implican debilidad, agotamiento, decaimiento; aunado a lo anterior el consumo de medicamentos agresivos como los retrovirales, tienen efectos secundarios importantes que impactan en la condición

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

anímica. por lo que estos resultados no son del todo concluyentes. Sin embargo de acuerdo a la entrevista los eventos vitales suscitados desde hace tres años aproximadamente. permiten plantear que el trastorno depresivo tiene origen externo. aunque existe la influencia de los efectos secundarios del medicamento y del curso propio de la enfermedad.

#### **Tratamiento:**

Se aplicará terapia breve con técnicas cognitivo-conductuales una vez por semana (días miercoles), entre las que se incluye el manejo de ideas irracionales. detención del pensamiento. reestructuración cognitiva y autoreporte de actividades semanal.

- ❖ Este paciente se encuentra aun en tratamiento. sin embargo el seguimiento en estos momentos se encuentra temporalmente suspendido debido a un nuevo internamiento que requirió intervención quirúrgica debido a una apendicitis a comienzos del mes de octubre del año en curso. A continuación se presenta comentarios acerca de algunas sesiones.

#### **Primera sesión:**

- Consulta de primera vez al servicio de Psicología.
- Entrevista de exploración.
- Establecimiento de condiciones del tratamiento.

- ❖ Escucha activa sobre la historia del paciente, entrevista principalmente directiva.

#### **Tercera sesión:**

- Revisión de material traído por el paciente. sobre discurso depresivo.
- Planteamiento al paciente sobre autoreporte de actividades semanales, derivado de el contenido del discurso depresivo.
- Enseñar al paciente llenado de autoregistro.
- Retroalimentación.

#### **Quinta sesión:**

- Aplicación de instrumentos psicológicos.

#### **Sexta sesión:**

- Manejo de material cognitivo traído por el paciente

-Se aprecia una disminución de la sintomatología depresiva esto correlaciona con el autoreporte semanal del paciente donde se evidencia un incremento en el número y frecuencia de actividades y con el reporte verbal del mismo.

-Retroalimentación.

-Reforzamiento social por logros.

### Octava sesión:

-Manejo de material cognitivo traído por el paciente a la sesión.

-Abreacción con retroalimentación.

-Comenta problemática relacionada con el padre que padece enfermedad crónica degenerativa (diabetes) y al cual tiene que cuidar, se suscitan evocaciones sobre los duelos no resueltos de algunos significativos.

-Contención de material emotivo.

- ❖ El paciente dos días antes de asistir a su 9ª consulta es internado al hospital para practicar apendicectomía, se da apoyo psicológico durante la estancia, abandona el hospital pero reingresa al tercer día por complicaciones gástricas, permanece en observación tres días, en los cuales se le brinda apoyo psicológico, el paciente se encuentra convaleciendo de los ingresos hospitalarios pero con cita abierta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPÍTULO 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tercer Reporte General de Actividades de la Residencia en  
Medicina Conductual.**

*Sede: Hospital General de Atizapan*

*Servicio de Cirugía*

*1º de septiembre de 2000 a 28 de febrero de 2001*

**PRESENTACIÓN**

El 3º capítulo de este trabajo corresponde a la segunda fase del primer periodo de rotación, en el cual se incluyen las actividades de los residentes de medicina conductual dentro del hospital General de Atizapan a partir del 1 de septiembre de 2000 al 28 de febrero de 2001.

Dichas actividades, se encuentran asentadas dentro del programa operativo de la residencia, sin embargo, el desarrollo y la aplicación de este, fue adaptado realizando modificaciones que cabe la pena resaltar; no solo por los resultados obtenidos, si no porque constituyen un antecedente significativo y una guía para plantear futuros programas que permitan ampliar el campo de acción de los especialistas en el área de medicina conductual.

La modificación al programa de residencia, relacionado con la ampliación del periodo de rotación dentro de esta sede hospitalaria, resulto benéfico para consolidar los objetivos que se plantean dentro del programa operativo, dicha acción dio como resultado la ampliación de los programas que fueron planteados durante el primer semestre de trabajo, así como una mayor inserción dentro de los residentes en las actividades del hospital.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Descripción de actividades de los Residentes en Medicina Conductual, dentro del Hospital General de Atizapan

Dentro de esta sede hospitalaria se desarrollaron tres programas principales de los cuales el primero corresponde al programa operativo del programa de residencia en medicina conductual.

La ejecución del programa de residencia se llevó a cabo de acuerdo a las características del hospital a sus recursos y necesidades, centrando los esfuerzos en dos servicios principalmente, Medicina Interna y Cirugía, ya que fueron estos en donde se detectaron una gran cantidad de necesidades sobre todo en lo que respecta a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, así mismo, estos servicios tuvieron una gran apertura para conocer e implementar las estrategias propuestas por el programa para tratar diversas problemáticas de los pacientes internados aquí.

Aunque el programa operativo no fue cubierto en su totalidad por los motivos citados anteriormente, durante el primer semestre se implementaron actividades que complementaron y enriquecieron el programa operativo original, entre estas actividades destacan:

- Prevención primaria en adolescentes, a través de pláticas coordinadas por medio de la clínica del adolescente a una escuela secundaria, cubriendo tópicos como sexualidad, dinámica familiar, farmacodependencia, autoestima. Las sesiones fueron apoyadas con materiales audiovisuales, trípticos y dinámicas grupales. Asimismo, estas pláticas se extendieron a pacientes adolescentes que asisten a consulta ginecobstétrica para monitoreo de su embarazo y se establecieron como requisito para continuar con sus consultas en los diversos servicios del hospital.
- Otra de las actividades implementadas consistió en seminarios y exposiciones sobre diversos tópicos relacionados con salud y psicología al personal médico del hospital, específicamente a los grupos de internos que se distribuyen en los diferentes servicios. En los seminarios fueron incluidos temas como: medicina conductual, adherencia terapéutica, comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, patrón de conducta tipo "A", estrés en el ambiente de trabajo. El objetivo de estos seminarios fue básicamente sensibilizar al personal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

médico sobre la importancia de intervenir sobre el espectro de variables psicológicas inherentes a los pacientes que cursan un padecimiento y/o se encuentran hospitalizados, así como resaltar la importancia de la comunicación médico paciente.

- Adicionalmente otra de las actividades que fueron desarrolladas en esta sede se vincula con la consulta externa, ya que aunque desde el primer semestre se brindó este servicio dentro del hospital por parte de los residentes en medicina conductual, fue hasta el segundo semestre que se consolidó como otra especialidad más dentro del hospital, cubriendo los niveles de productividad que se esperaban. Las actividades que aquí se realizaban eran: seguimiento de pacientes que fueron hospitalizados dentro de los servicios de medicina interna y cirugía, así mismo, se brindó atención a los pacientes captados a través de la clínica del adolescente, finalmente se brindó apoyo al servicio de consulta externa realizando eventualmente algún tipo de valoración psicológica.
- Finalmente dentro del hospital se integraron programas dirigidos a diversas poblaciones que no contempla el programa operativo de la residencia, pero que sin embargo, se espera una participación activa de los especialistas en medicina conductual. Tal es el caso del programa FONSIDA, en el que se pretende integrar los esfuerzos de diversas disciplinas para proporcionar una atención integral a los pacientes con V.I.H.

Las principales problemáticas tratadas en estos servicios se citan a continuación:

- a) Ansiedad
- b) Depresión
- c) Trastornos adaptativos
- d) Miedos
- e) Falta de adherencia terapéutica
- f) Preparación para intervención quirúrgica (fase preoperatoria y postoperatoria)
- g) Estrés
- h) Angustia
- i) Contención de pacientes en crisis

Como complemento de las actividades académicas de los residentes de medicina conductual dentro del Hospital General de Atizapan durante el segundo semestre de rotación, se incluyeron:

- La asistencia a las sesiones generales que se llevan a cabo los días martes a las 8:30am, donde son expuestos y discutidos tópicos relacionados a la salud por personal del hospital o por especialistas externos.
- Discusión de casos con el supervisor insitu.
- Pláticas sobre diversos tópicos con los internos del servicio de medicina interna.

**Programas y proyecto de investigación desarrollados dentro del Hospital**  
**General de Atizapan**

***1. Programa de Atención psicológica para Pacientes Diabéticos.***

Dicho programa se encuentra incluido dentro de un programa que se desarrollará en breve en esta institución y que pretende proporcionar atención integral para estos pacientes a través de un club para diabéticos ya que para este municipio la diabetes es un problema de salud muy importante.

El programa propuesto tenía como objetivos trabajar sobre elementos como la ansiedad, la depresión, los estilos de afrontamiento, la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos, utilizando estrategias como la relajación, manejo del estrés, cambio en el estilo de vida, etc.

Cabe señalar que este programa se planteó como protocolo de investigación el cual fue citado en el segundo reporte general de actividades, para fines prácticos, dicho programa fue manejado como un programa de atención a pacientes.

El proponer un programa con estas características resulta relevante ya que desde la aparición de la enfermedad hasta el apoyo ante la muerte, los factores psicológicos y somáticos interactúan para determinar la naturaleza y curso de la diabetes. La mayoría de los problemas conductuales en relación al cuidado de la salud como son la prevención, la adherencia al régimen de tratamiento, ajuste ante las complicaciones del padecimiento, apoyo social y otros más. Por tal motivo, el diagnóstico y la adaptación inicial a la enfermedad, así como los ajustes a largo plazo, con frecuencia alteran tanto al paciente como a los familiares e incluso a otras esferas en las que se desenvuelve el paciente.

En adición el régimen para el control y tratamiento de la diabetes, es el más complejo y demandante en el contexto de las enfermedades crónico-degenerativas ya que en muchos casos requiere una práctica nutricional compleja, manejo del sobre peso, constante monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies, tratamiento especial incluso ante lesiones comunes, procedimientos especiales ante la presencia de enfermedades simples como la gripe, así como inyecciones de insulina o ingesta de hipoglucemiantes.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Este panorama enmarca el problema frecuente de que tanto en el caso de la diabetes, como en el de otras enfermedades crónico degenerativas, un buen número de pacientes incurra en una serie de conductas que no favorecen el control de la enfermedad. La explicación a tal comportamiento está a un en estudio por su complejidad, sin embargo, desde un punto de vista conductual, Bayés (1987), señala que el hecho de que la gente no lleve acabo las prescripciones médicas o las medidas de cuidado de la salud, puede responder a tres variables:

- a) El carácter placentero de gran parte de la estimulación que sigue a muchos comportamientos nocivos y la contingencia que acompaña a estos efectos.
- b) El intervalo entre las prácticas conductuales nocivas y la aparición de las consecuencias negativas.
- c) El carácter de probabilidad que tiene la enfermedad a pesar de las prácticas de riesgo, es decir, no todo el que realiza las prácticas nocivas enferma.

Como ya se mencionó, las medidas indicadas para el control de la diabetes requieren de grandes cambios en el estilo de vida de los pacientes y que, además, sean elementos estables de su comportamiento. Los beneficios de seguir éstas recomendaciones, con frecuencia no son obvios para los pacientes y en el caso de que lo sean, como señala Bayés (1987), no basta con informar sino que es necesario establecer las condiciones que contribuyan al cambio, es decir, la información es necesaria pero no suficiente. En este sentido, autores como Cox y Gonder-Frederick, (1992) señalan el tratamiento de la diabetes como un proceso de autorregulación, en el que el paciente juega un papel activo. Tomando en cuenta lo anterior, se ha tomado en cuenta la expectativa que tiene un sujeto al considerar el éxito de su comportamiento ante una situación dada; el efecto de esta variable ha sido referido desde la década de los cincuenta como "autoestructura" por Rogers (1951) o "expectativas" por Rotter (1954). Enfoques más recientes sobre el mismo tema se encuentran las aportaciones de Bandura (1977) y el concepto de "autoeficacia", así como el estilo de "afrentamiento" propuesto por Lazarus (1986).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Referencias

- Bayés. R (1987) Factor de aprendizaje en la Salud y enfermedad. Revista española de terapia del comportamiento. Vol.5. No.2 :119-135
- Cox. D. (1992) Major developments in behavioral diabetes research. Journal of consulting and Clinical Psychology. Vol. 60 . No. 4.
- Kavanagh D., Gooley S., Wilson P (1993) Prediction of adherence and control in diabetes. Journal Behavior Medical, Oct;16(5):509-22
- Lazarus. R. S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. España De. Martinez Roca.
- Littlefield, C., Craven J., Rodin G., Daneman D., Murray M., Rydall A. (1992), Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescents., Diabetes Care, Jan;15(1):90
- Petrides P. (1995) Coping with employet discrimination against diabetics: trends in social medicine and social psychology. Sep; 26 (1-3) : 203
- Rogers, C. R. (1951) Client-centered Therapy. Nueva York: Houghton-Mifflin Co.
- Rotter, J. B. (1954) Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Strodtman, L. (1984) A decisión-making process for planning education. Patient Educ Couns; 5 (4):189-200.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**2. Programa: Detección y Evaluación de Patrón de Conducta Tipo "A", en Personal Médico del Hospital General de Atizapan: Identificación de un Perfil Institucional.**

El programa de detección y evaluación de patrón de conducta tipo "A", tiene como objetivos:

1. Detectar evaluar y obtener un perfil del patrón de conducta, dentro del personal médico del Hospital General de Atizapan.
2. Concientizar al personal médico del Hospital de Atizapan, sobre la necesidad de modificar patrones conductuales de riesgo asociados a enfermedad coronaria.
3. Proporcionar técnicas para el manejo de estrés para los sujetos que presenten de acuerdo a la evaluación, un patrón de conducta tipo "A".

La población a la que será aplicado dicho programa, comprende el personal médico de los diversos servicios que conforman el hospital, cabe señalar que la participación es voluntaria. El procedimiento es simple y consiste en detectar aquellos sujetos que muestren un patrón de conducta tipo "A" por medio de un instrumento desarrollado por Reynoso y Seligson (1992).

Posteriormente estos sujetos, serán monitoreados en sus respuestas biológicas, (frecuencia cardíaca, presión arterial, respuesta galvánica de la piel), antes, durante y después de ser sometidos a un estresor, que en este caso se trata de un juego de video con dificultad elevada. Finalmente los sujetos que presenten una significativa reactividad ante la situación estresante corroborada con el monitoreo biológico, se les entrenará en el manejo de estrés con técnicas cognitivo conductuales. A continuación se presentan información teórica y conceptual referente al tema.

**Antecedentes sobre el patrón de conducta tipo "A"**

Los padecimientos cardiovasculares degenerativos constituyen un problema de salud pública de gran importancia. En México las cardiopatías son, en orden de importancia, la segunda causa de muerte de la población general (Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica, 2000). Aproximadamente la tercera parte de todas las muertes provienen de enfermedad coronaria y casi todas las personas de edad avanzada tienen cierto grado de trastorno de la circulación coronaria (Guyton, 1963)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La *aterosclerosis* es el sustrato principal de la coronariopatía (Chávez 1993) Los factores característicos para desarrollar aterosclerosis son:

**I. Factores no modificables**

1. Herencia. Antecedentes familiares de aterogénesis.
2. Edad.
3. Sexo masculino.

**II. Factores modificables o potencialmente controlables**

A. Mayores

- 1) Hiperlipoproteinemia.
- 2) Hipertensión arterial esencial (sistémica).
- 3) Tabaquismo.
- 4) Diabetes

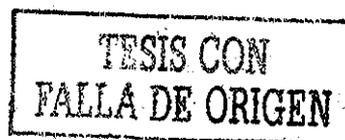
B. Menores

- 1) Obesidad
- 2) Sedentarismo y falta de ejercicio.
- 3) Uso de anticonceptivos orales.
- 4) Estrés: Tipo de personalidad y tensiones psicosociales.
- 5) Otros: Hiperuricemia, hiperinsulinismo, hiperestrogenismo, carbohemoglobinemia e hipertiroidismo latente.

Dentro de los factores de riesgo para la coronariopatía se encuentran los factores psicológicos siendo el más estudiado de estos el Patrón de Conducta Tipo "A". Con base en estudios epidemiológicos se han descrito patrones de temperamento y comportamiento humanos, buscando su correlación con la aterosclerosis y la hipertensión arterial, ya que en ambas enfermedades se ha propuesto al estrés (básicamente emocional) como factor de riesgo. En 1974, Rosenman y Friedman encontraron que los pacientes infartados presentaban algunos rasgos de personalidad con bastante consistencia, a estos rasgos les llamaron "Patrón de Conducta Tipo A".

**Características del patrón de conducta tipo "A"**

El patrón de conducta tipo "A" es definido como un ambiente que induce a la acción-emoción o síndrome consistente de voz vigorosa y manierismos psicosomáticos (ruidoso explosivo rapidez respuestas apresuradas) rigidez, sobreocupación de tiempo.



competitividad, impaciencia y fácilmente suscitan la agresión y la hostilidad. Es un rasgo de conducta activo-emotivo que se desarrolla en personas sujetas a una lucha, agresivamente llevada por conseguir siempre más en menor tiempo, importando solamente la propia convicción, y sujetos por esto a defender su actitud ante personas y situaciones. Estas personas comúnmente se muestran irritables pero "razonadamente", es decir, que se enojan o molestan con frecuencia por situaciones ajenas (casi siempre), que van en contra de sus propios principios. El ambiente hostil (ambiente que exige energía, velocidad, respuestas inmediatas, etc.), es el que desencadena este tipo de reacciones (Casamadrid, 1989).

En 1981 en el *Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease* (citado por Moller y Botha, 1996) fue aceptado el patrón de conducta tipo "A" como factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria, siendo este independiente de los otros factores de riesgo. Existen tres factores fundamentales en el patrón de conducta tipo A que la caracterizan:

### 1) *La prisa.*

Es una sensación crónica de urgencia llamada por Rosenman y Friedman "la enfermedad de la prisa". El sujeto tipo A siempre tiene que hacer, nunca le sobra tiempo, pues lo ha ocupado ya en algo, esta tendencia con el tiempo va haciéndose parte implícita en cualquier actividad; automatiza su conducta de tal forma, que siempre, aunque no lo necesite, hace todo rápido y es obsesivamente puntual.

### 2) *Competitividad*

Es un afán de encontrar retos desafiantes para mostrar superioridad (a ellos mismos y a los demás), se refiere a la constante demostración de sus capacidades y tienden en todo momento a querer superar a los demás, tienden a ser muy autocríticos y nunca se sienten satisfechos por sus esfuerzos y éxitos.

### 3) *Hostilidad*

Los sujetos con patrón A, tienden a frustrarse por acontecimientos que a muchas personas no suelen afectar; ante esta frustración reaccionan con ira, aunque ésta rara vez es física, más bien ideacional (fantasías hostiles) y verbal (insultos y sarcasmos); este desahogo rara vez es suficiente para reducir el impulso que sufre el tipo A, este impulso, por lo tanto, energiza la prisa y la competitividad. Este se considera el factor más peligroso

en cuanto a las consecuencias negativas que implica. La hostilidad puede ser una emoción fatal, especialmente dañina para la salud cuando se torna contra el individuo en lugar de ser expresada abiertamente, y cuando incluye una desconfianza cínica y sospechosa sobre otros, provocando y empeorando conflictos sociales que a su vez deterioran sus fuentes de apoyo social. Así se va generando un círculo vicioso en el que a medida que el ambiente social se vuelve más estresante, la hostilidad y reactividad de la persona se mantiene o incrementa. Las personas hostiles tienden a presentar hábitos pobres de salud y muestran mayor reactividad (presión sanguínea, ritmo cardíaco, hormonas relacionadas a estrés) en situaciones estresantes, que el promedio. Toda esta serie de características llevan al individuo a un estado permanente de estrés y tensión, ya que siempre está a la defensiva. Ante esta situación el organismo presenta un estado continuo de alerta preparándose para atacar o huir. Los individuos con conducta tipo "A" responden con mayor rapidez y fuerza (mayor reactividad) al estrés, interpretando con frecuencia los estresores como amenazas para su control personal. Asimismo, este tipo de conducta incrementa la probabilidad de que la persona se enfrente a situaciones estresantes.

La relación entre el patrón de conducta tipo "A" y factores psicosociales es compleja e involucra múltiples niveles de la experiencia humana:

- a) Intrapersonal. Se ha visto que factores como el control personal están estrechamente relacionados con el PCTA. Estas personas buscan a toda costa controlar las experiencias estresantes en su vida.
- b) Interpersonal. Los procesos sociales y la conducta tipo A se afectan entre sí. Por ejemplo, se ha visto que este patrón tiene un fuerte impacto en interacciones sociales negativas.
- c) Institucional. Incluye las experiencias individuales en ambientes educativos y ocupacionales. Por ejemplo, existen ciertas recompensas laborales que promueven la competencia agresiva y demandas de trabajo o tiempo que provocan la sensación de urgencia temporal. También se ha visto que las personas con PCTA trabajan durante más horas y tienen menos relaciones de apoyo entre sus compañeros de trabajo.
- d) Cultural. Algunas culturas ponen mayor énfasis que otras en la ética laboral, en buscar ser el primero en el estatus y en la acumulación de bienes como reflejo del estatus, fomentando la aparición de este tipo de conducta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Espino (1990) opina que el concepto etiopatogénico actual sobre el comportamiento tipo A como factor de riesgo circulatorio podría expresarse así:

1. Datos químicos y clínicos muestran que en el tipo A hay un aumento significativo en los niveles sanguíneos de noradrenalina, adrenalina, cortisol y testosterona, así como disminución de las partículas lipídicas de alta densidad (HDL) y de los linfocitos. Son individuos con frecuencia cardíaca promedio aumentada, mayor incidencia de alteraciones cardíacas y cifras más altas de presión arterial.
2. Desde el punto de vista fisiopatológico, los sujetos de este tipo muestran aumento del gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y las resistencias arteriolas periféricas, como efecto de la cardioestimulación.
3. Desde el punto de vista etiopatogénico es de aceptarse en ellos un bombardeo catecolamínico fino, abundante, sostenido, crónico y acumulativo.

Existen también factores conductuales que influyen en la relación entre conducta tipo A y cardiopatía. Por ejemplo, se ha visto que los individuos tipo A consumen una mayor cantidad de alcohol y cigarrillos que el promedio, y tienden a ignorar o no atender a síntomas de fatiga forzándose más allá de sus límites físicos. Las personas con patrón de conducta tipo "A" reportan haber experimentado mayores síntomas respiratorios, como ataques de asma o tos y gastrointestinales como úlceras, indigestión y náuseas, que sujetos que no presentan el patrón ya mencionado.

Aunque los patrones de conducta suelen cambiar con el tiempo, una gran cantidad de individuos exhiben el mismo patrón durante muchos años. El patrón de conducta tipo "A" parece irse incrementando con la edad, de la niñez a la edad media para después disminuir, aunque no resulta claro si este declive en la senectud es resultado de que los individuos tipo "A" mueren a una edad más temprana. Se ha visto que factores como el temperamento, la genética, los estilos de crianza, experiencias estresantes y la cultura pueden influir en el desarrollo del patrón de conducta tipo "A".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Referencias

- Casamadrid M. (1989). Infarto al miocardio: Opción o designio. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Espino. J. (1990). Introducción a la cardiología. México: Méndez-Otero/Méndez-Hernández
- Chávez. R. (1993). Cardiología. Vol. 2. México: Panamericana.
- Guyton, A. (1963). Tratado Fisiología Médica. México: Interamericana.
- Moller, A. y Botha. H.C. (1996). Effects of a group rational emotive behavior therapy program on the type A behavior pattern. Psychological Reports, 78, 947-961.
- Rivera, N. (1979). Un estudio estadístico sobre algunas variables relacionadas al infarto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica (2000) correspondiente a la semana 32.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. Proyecto de investigación desarrollado dentro de la sede.

En lo que respecta a proyectos de investigación desarrollados dentro del hospital General de Atizapan por parte de los residentes en medicina conductual, se decidió primeramente detectar necesidades dentro de la institución hospitalaria.

Los resultados de la detección apuntaron hacia la población de pacientes diabéticos de dicha institución.

Esto debido principalmente a que el tipo de enfermedad y complicaciones inherentes y/o concomitantes a la misma, impiden un manejo adecuado de los pacientes.

Dentro de los principales problemas que se pudieron apreciar están:

- La falta de adherencia al tratamiento
- La falta de adherencia terapéutica.
- Problemas en la modificación de hábitos.
- Cambios en el estilo de vida.
- Estrategias de afrontamiento a la enfermedad inadecuadas.

Por tal motivo se planteó un proyecto que atacará algunos de los problemas antes mencionados, sin embargo, resulta pertinente aclarar que debido a las limitaciones del tiempo de rotación en la sede, solo fue desarrollado el anteproyecto con un avance del 100%, quedando pendiente la aplicación del mismo. Tal proyecto lleva el título de **“EFECTOS DEL MODELAMIENTO DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO PARA LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES, EN UN GRUPO DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN”** y se anexa una copia dentro de este tercer reporte de actividades.

TELIS CON  
FALLA LE OR:GEN

**MAESTRIA EN PSICOLOGIA PROFESIONAL  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE RESIDENCIA**

EFFECTOS DEL MODELAMIENTO DE CONDUCTAS DE  
AUTOCAIDADO PARA LA REDUCCION DE  
COMPLICACIONES, EN UN GRUPO DE PACIENTES  
DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN.

**Psic.OCTAVIO CAMPOS GUTIERREZ R1MC**

## Introducción

Desde hace varias décadas, el tratamiento no solo de la diabetes sino de las enfermedades crónico degenerativas en general, ha llamado la atención de diversos especialistas, que intentan proporcionar un tratamiento integral y multidisciplinario a los pacientes que sufren este tipo de enfermedades.

Dentro de estos especialistas se encuentran psicólogos, quienes por las características inherentes a dichas enfermedades: las cuales implican la modificación de hábitos, estilos de vida, cambio de dieta, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica, proporciona un campo de acción vasto, en el que es posible conjugar no solo los aspectos de tratamiento sino también los de investigación.

Además resulta pertinente señalar que el lograr resolver los problemas asociados a estos padecimientos, requiere aplicar la habilidad de los profesionales en el campo de la Psicología para implementar nuevos modelos intervención, que permitan desarrollar nuevos planes de tratamiento más específicos y efectivos.

La siguiente propuesta es un esfuerzo por encontrar mejores alternativas para el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 dentro del Hospital General de Atizapan, a través, de estrategias derivadas de la Medicina Conductual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Antecedentes

Por definición, se puede decir que la diabetes, es un estado causado por una deficiencia, absoluta o relativa en la producción o acción de la insulina. La insulina es una hormona secretada por el páncreas, producida en las células Beta de los islotes de Langerhans, su función principal es permitir que la glucosa sanguínea penetre en las células para transformarse en energía. Dentro de los síntomas característicos se encuentran: exceso en la micción, incremento de la sed, incremento en el consumo de alimentos y pérdida de peso, sin embargo, en estadios avanzados se puede presentar, cansancio, decaimiento, modificaciones del carácter, irritabilidad, visión borrosa, intolerancia alimentaria, náuseas, vómito, deshidratación y en menor medida confusión mental y pérdida de la conciencia.

En lo que respecta al tipo de diabetes, la literatura maneja principalmente dos:

- |    |  |        |
|----|--|--------|
| a) | Diabetes Mellitus Insulino dependiente       | Tipo 1 |
| b) | Diabetes Mellitus no dependiente de insulina | Tipo 2 |
| c) | Diabetes Mellitus Secundaria                 |        |
| d) | Diabetes Mellitus gestacional                |        |

Siendo la tipo 2, la que ocupa el 90% de la población de pacientes diabéticos y los tipos c y d se consideran formas menos frecuentes.

El diagnóstico de diabetes, por lo menos a nivel clínico, se establece cuando hay presencia de azúcar y cuerpos cetónicos en la orina. Las complicaciones crónicas en la diabetes son: retinopatía, nefropatía, neuropatía y arteroesclerosis entre las más frecuentes. A continuación se presenta una tabla con las características clínicas más comunes que se presentan en la diabetes tipo 2:

**Tabla 1. Características clínicas de la diabetes Tipo 2.**

| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS                | T I P O 2        |
|---|------------------|
| Porcentaje del total de diabéticos      | 90               |
| Historia familiar de diabetes mellitus  | Menos frecuente  |
| Edad de inicio                          | 40 años o más    |
| Peso corporal                           | Obeso            |
| Velocidad de inicio                     | Lenta            |
| Gravedad                                | Moderada         |
| Tendencia a la cetosis                  | Ocasional        |
| Control                                 | Estable          |
| Dependencia de la insulina              | Menos del 5%     |
| Sensibilidad a la insulina              | Poco sensible    |
| Respuestas a hipoglicemiantes           | Todos            |
| Gravedad y frecuencia de complicaciones | Moderada         |
| Secreción de insulina por el páncreas   | Normal o elevada |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico y la adaptación inicial a la enfermedad, así como los ajustes a largo plazo, con frecuencia alteran tanto al paciente como a los familiares. En adición, el régimen para el control y tratamiento de la diabetes es el más complejo y demandante en el contexto de las enfermedades crónico-degenerativas, ya que en muchos casos requiere una práctica nutricional compleja, manejo del sobre peso, constante monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies, tratamiento especial incluso ante lesiones comunes, procedimientos especiales ante la presencia de enfermedades simples como la gripe, así como inyecciones de insulina o ingesta de hipoglucemiantes. Desde la aparición de la enfermedad hasta el apoyo ante la muerte, los factores somáticos y psicológicos interactúan para determinar la naturaleza y curso de la enfermedad, sin embargo, es hasta hace algunos años en que los factores psicológicos han sido considerados en su dimensión real, por lo que nociones como adherencia terapéutica, estilo de vida o afrontamiento están conformando parte del conglomerado de literatura y líneas de investigación actuales.

### Justificación

En México, las enfermedades crónico degenerativas, han tenido un sensible incremento. Dentro de estas enfermedades, la diabetes destaca de entre las demás por la gran cantidad de complicaciones asociadas al problema y que implican una importante derrama económica para el sector salud.

Aunque la diabetes es una enfermedad que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, la tipo 2 es la más frecuente representando el 90% de todos los casos y la que se encuentra asociada con la edad adulta. En lo que va del año se han registrado aproximadamente 4047 nuevos casos en toda la república de acuerdo al "Sistema Unico para la Vigilancia Epidemiológica". (para especificaciones consultar Tabla 1 en el apartado de anexos). Por otra parte la diabetes ocupa la 12ª causa de muerte entre la población de 15 a 24 años y la 3ª en la población de 55 a 64 años. (para especificaciones revisar de la tabla 2 a la 7 en el apartado de anexos).

Como ya se ha comentado en el apartado anterior los pacientes diabéticos no solo se enfrentan a las dificultades físicas que implica la enfermedad, sino que aunado a esto existen problemas psicológicos que tienen injerencia e impactan directamente en la salud de los individuos. Entre los problemas que se presentan con mayor frecuencia se

encuentran la depresión el estrés los miedos la falta de estrategias de afrontamiento efectivas o adecuadas ante la enfermedad. Por lo que resulta pertinente contar con protocolos o programas que ayuden no solo a enfrentar los problemas físicos sino también realizar intervenciones precisas y específicas para la constelación de los problemas psicológicos que puedan estar asociados al padecimiento

La siguiente propuesta es un primer intento que se realiza en el Hospital General de Atizapan con la población de pacientes diabéticos para tratar la problemática de adherencia al tratamiento y modificación de hábitos como coadyuvante en la prevención de complicaciones

### Marco teórico

Las condiciones demandantes que implica el cambio de vida y los ajustes necesarios a la enfermedad en los pacientes diabéticos, tienen diferentes efectos en los individuos entre los que se pueden señalar respuestas de estrés falta de adherencia al tratamiento, falta de adherencia terapéutica. en adición los factores psicológicos y somáticos interactúan para determinar la naturaleza y curso de la diabetes

Este panorama enmarca el problema frecuente de que, tanto en el caso de la diabetes, como en el de otras enfermedades crónico degenerativas, un buen número de pacientes incurra en una serie de conductas que no favorecen el manejo de la enfermedad, aunado a la exigencia y demanda que requiere el control y tratamiento de estos padecimientos. La explicación a tal comportamiento está a un en estudio por su complejidad, sin embargo, desde un punto de vista conductual, Bayés (1987), señala que el hecho de que la gente no lleve acabo las prescripciones médicas o las medidas de cuidado de la salud, puede responder a tres variables:

1. El carácter placentero de gran parte de la estimulación que sigue a muchos comportamientos nocivos y la contingencia que acompaña a estos efectos.
2. El intervalo entre las prácticas conductuales nocivas y la aparición de las consecuencias negativas.
3. El carácter de probabilidad que tiene la enfermedad a pesar de las prácticas de riesgo. es decir no todo el que realiza las prácticas nocivas enferma.

Como ya se mencionó las medidas indicadas para el control de la diabetes requieren de grandes cambios en el estilo de vida de los pacientes y que además sean

elementos estables de su comportamiento. Los beneficios de seguir estas recomendaciones con frecuencia no son obvios para los pacientes y en el caso de que lo sean como señala Bayés (1987), no basta con informar sino que es necesario establecer las condiciones que contribuyan al cambio, es decir, la información es necesaria pero no suficiente. En este sentido autores como Cox y Gonder-Frederick (1992) señalan el tratamiento de la diabetes como un proceso de autorregulación, en el que el paciente juega un papel activo. Por otra parte, se encuentra que el poder controlar el propio comportamiento no es solo una función de la evaluación de la propia ejecución, sino también de la relación de esa ejecución con un marco de referencia social. En este sentido, las personas tienden a utilizar la evaluación de opiniones y habilidades de otras personas como fuente de información que puede producir cambios en la conducta. adicionalmente, se ha tomado en cuenta la expectativa que tiene un sujeto al considerar el éxito de su comportamiento ante una situación dada; el efecto de esta variable ha sido referido desde la década de los cincuenta como "autoestructura" por Rogers (1951) o "expectativas" por Rotter (1954). Enfoques más recientes sobre el mismo tema se encuentran las aportaciones de Bandura (1977) y el concepto de "autoeficacia", así como el estilo de "enfrentamiento" propuesto por Lazarus (1986).

Propuestas más recientes han retomado algunas de estas nociones, principalmente en lo que autoeficacia se refiere, por ejemplo, autores como Kavanagh D., Gooley S., Wilson P. (1993) evaluaron en 63 pacientes, diferentes vectores relacionados con la enfermedad como: tipo de tratamiento, control diabético, adherencia, autoeficacia, etc., tras un análisis de regresión, los resultados muestran a la autoeficacia como un predictor de la adherencia al tratamiento.

Otros trabajos relacionados con el tema, evalúan la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento donde se incluyen conductas de autocuidado, ejemplo de esto es el trabajo de Littlefield, C., Craven J., Rodin G., Daneman D., Murray M., Rydall A., (1992), quienes analizaron algunas dimensiones de comportamiento como la autoestima, la autoeficacia, depresión etc. en un grupo de 193 pacientes adolescentes diabéticos, los resultados tras el análisis estadístico mostraron que la baja adherencia se relaciona positivamente con poca autoestima y autoeficacia y mayor cantidad de síntomas depresivos los autores señalan que intervenciones cognitivo-conductuales pueden ser usadas para mejorar la adherencia de pacientes diabéticos adolescentes.

Incluso el modelo de autoeficacia aunado a afrontamiento ha sido extendido y aplicado en otros ambientes en los que se desarrollan los individuos con diabetes. Petrides P. Petermann F., Weber B. (1995), han evaluado la efectividad de habilidades de afrontamiento de sujetos con diabetes tipo II que sufren de discriminación dentro de sus centros laborales desarrollando entrevistas estructuradas ex profeso; aplicando posteriormente un programa de modificación conductual donde se emplean técnicas de rol playing modelamiento de conductas, entrenamiento en autoeficacia y en asertividad ante situaciones específicas en las que se observa una mejor adaptación de los pacientes diabéticos en sus ambientes de trabajo. Por otra parte, trabajos como los de Strodman L. (1984), sobre planeamiento de la educación de pacientes diabéticos, señala que la educación de pacientes en su autocuidado influencia favorablemente sobre su salud. Hasta este punto podemos apreciar los efectos positivos que conlleva el entrenamiento de conductas de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones posteriores.

Tomando en cuenta estos elementos, se deriva la siguiente propuesta de investigación en la que se contempla el entrenamiento en conductas de autocuidado en pacientes diabéticos del Hospital General de Atizapan, como tratamiento coadyuvante en el control y manejo de complicaciones secundarias al padecimiento.

### **Metodología**

#### **Objetivos Generales**

- a) Promover conductas de autocuidado en pacientes diabéticos.
- b) Mantener la adherencia terapéutica en las conductas de autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2.

#### **Objetivo específico**

- a) Crear un video que ayude al modelamiento de conductas de autocuidado en pacientes diabéticos.

#### **Pregunta de investigación**

¿Disminuirá el número y frecuencia de complicaciones de pacientes diabéticos a quienes se les proporcione un entrenamiento para modelar conductas de autocuidado respecto a pacientes que no reciben dicho entrenamiento?

#### **Variables**

*Dependiente* : Numero y frecuencia de las complicaciones en pacientes diabéticos

*Independiente*: Entrenamiento y seguimiento de las conductas de autocuidado

**Hipótesis:**

$H_1$  : Si se proporciona entrenamiento para modelar conductas de autocuidado en uno de 2 grupos de pacientes diabéticos entonces habrá diferencias en el número y frecuencia de complicaciones asociadas con el padecimiento.

**Muestra:** Por cuota no probabilística.

**Sujetos:** Población de los servicios de medicina interna y consulta externa del Hospital General de Atizapan, con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2.

**Criterios de inclusión:**

- Edad entre 35 y 55 años.
- Tiempo de evolución no mayor a 3 años.
- Que no presenten complicaciones inherentes al padecimiento (retinopatía, neuropatía o nefropatía), hasta ese momento.
- Que participen en el programa de "Club para pacientes diabéticos".
- Aceptación del contrato conductual.

**Instrumentos:**

1. Ficha de identificación
2. Cuestionario de adherencia (adaptación)
3. Listas checables
4. Auto-registro
5. Contrato conductual.
6. Video de conductas de autocuidado

**Diseño:** A-B de muestras independientes.

**Procedimiento**

Los pacientes que participen en dicha investigación, serán derivados de un programa general denominado "Club para Diabéticos" que en breve será puesto en marcha en el Hospital general de Atizapan, con participación multidisciplinaria.

El modelamiento de conductas de salud se llevará a cabo con un video, que contendrá de manera detallada y accesible, algunos de los cuidados básicos que debe tomar en cuenta el paciente diabético, como la revisión de los pies, cuidado de los dientes, actividad física simple. Este video se realizará con la colaboración de otros profesionales de la salud como: médicos, enfermeras y odontólogos.

La evaluación de la conducta meta se realizará a través de listas checables a un criterio del 85 % de satisfacción que garantice la correcta ejecución de la conducta meta. En el contrato conductual se especificarán las conductas meta, así como el tiempo que dura la fase de entrenamiento y de seguimiento, y con las cuales debe comprometerse el paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El entrenamiento en conductas de autocuidado para los pacientes diabéticos se realizará en 6 sesiones que se conforman de la siguiente manera:

1. Sesión 1

- En la primera sesión se realizará el llenado de la cédula de identificación.
- Contestación del cuestionario de adherencia terapéutica adaptado.
- Planteamiento del esquema de trabajo.

2. Sesión 2

- Explicación de la importancia de la adherencia terapéutica y el cambio de hábitos en el paciente diabético
- Mitos y creencias versus conductas de salud
- Explicación de contrato conductual.
- Retroalimentación.

3. Sesión 3

- Modelamiento de conducta "meta 1" especificada en el contrato conductual, a través de video.
- Retroalimentación.
- Explicación de llenado de auto-registro.

4. Sesión 4

- Retroalimentación de la lista checable de la conducta "meta 1".
- Modelamiento de conducta "meta 2" a través de video
- Retroalimentación.

5. Sesión 5

- Retroalimentación de la lista checable de la conducta "meta 2".
- Modelamiento de conducta "meta 3" a través de video.
- Retroalimentación.

6. Sesión 6

- Retroalimentación de la lista checable de la conducta "meta 3".
- Modelamiento de conducta "meta 3" a través de video.
- Retroalimentación y revisión de auto-registro.
- Cierre

Concluidas las sesiones de tratamiento, se realizarán dos sesiones de seguimiento una al mes y otra a los tres meses

A. Seguimiento 1

- Seguimiento al mes
- Retroalimentación y revisión de auto-registro.

B. Seguimiento 2

- Seguimiento a los 3 meses.
- Retroalimentación y revisión de auto-registro.

Tabla1. Casos nuevos de enfermedades no transmisibles seleccionadas por entidad federativa hasta la semana 30 del 2000

DIABETES MELLITUS

| ENTIDAD | CIE-10 <sup>a</sup> Rev. E10-E14 |                |
|---------|----------------------------------|----------------|
|         | 2000<br>Sem                      | 1999*<br>Acum. |
| Ags.    | 38                               | 1829           |
| B.C.    | n.e.                             | 4613           |
| B.C.S.  | 16                               | 992            |
| Camp.   | 43                               | 1308           |
| Coah.   | 261                              | 6953           |
| Col.    | 20                               | 626            |
| Chis.   | 139                              | 3740           |
| Chih.   | 125                              | 4591           |
| D.F.    | 357                              | 10624          |
| Dgo.°   | 76                               | 4532           |
| Gto.°   | 108                              | 5897           |
| Gro.    | 138                              | 6566           |
| Hgo.    | 135                              | 3182           |
| Jal.    | 155                              | 9713           |
| Méx.    | 465                              | 16553          |
| Mich.   | 217                              | 8405           |
| Mor.    | 101                              | 3216           |
| Nay.    | 51                               | 1803           |
| N.L.    | 185                              | 4849           |
| Oax.    | 62                               | 1974           |
| Pue.    | 207                              | 7333           |
| Qro.    | 81                               | 2570           |
| Q. Roo  | 27                               | 1620           |
| S.L.P.  | 124                              | 3948           |
| Sin.    | 131                              | 3979           |
| Son.    | 41                               | 2492           |
| Tab.    | 103                              | 2338           |
| Tamps.  | 212                              | 8479           |
| Tlax.   | 21                               | 976            |
| Ver.    | 320                              | 9728           |
| Yuc.    | 67                               | 3242           |
| Zac.    | 21                               | 1590           |
| TOTAL   | 4047                             | 150261         |

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Información preliminar. Procesó: DGE.\* Información de la misma semana al cierre oficial.

TESIS CON  
FALLA LE ORIGEN

Tabla 2 Estadísticas Vitales Capítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad General Estados Unidos Mexicanos 1997

| No. de Orden | Causa   | Clave CIE9a. Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|------------------|-------------|---------|
| 1            | Enfermedades del corazón  | 25-28            | 68 040      | 71.8    |
|              | - Isquémica   | 27               | 42 516      | 44.9    |
| 2            | Tumores malignos  | 08-14            | 51 254      | 54.1    |
|              | - De la tráquea de los bronquios y del pulmón                                   | 101              | 6 385       | 6.7     |
|              | - Del estómago  | 091              | 4 799       | 5.1     |
|              | - Del cuello del útero  | 120              | 4 534       | 4.8     |
| 3            | Diabetes mellitus   | 181              | 36 027      | 38.0    |
| 4            | Accidentes  | E47-E53          | 35 876      | 37.9    |
|              | - De tráfico de vehículos de motor  | E471             | 14 642      | 15.5    |
| 5            | Enfermedad cerebrovascular  | 29               | 24 689      | 26.1    |
| 6            | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado                               | 347              | 22 865      | 24.1    |
| 7            | Neumonía e influenza  | 321-322          | 19 867      | 21.0    |
| 8            | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal                           | 45               | 19 821      | 20.9    |
|              | - Hipoxia asfíxia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido | 454              | 11 740      | 12.4    |
| 9            | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona               | E55              | 13 558      | 14.3    |
| 10           | Nefritis síndrome nefrótico y nefrosis  | 350              | 10 229      | 10.8    |
| 11           | Deficiencias de la nutrición  | 19               | 10 157      | 10.7    |
| 12           | Anomalías congénitas  | 44               | 9 615       | 10.1    |
| 13           | Bronquitis crónica y la no especificada enfisema y asma                         | 323              | 8 550       | 9.0     |
| 14           | Enfermedades infecciosas intestinales   | 01               | 7 426       | 7.8     |
| 15           | Sida  | 184              | 4 200       | 4.4     |

1/Tasa por 100 000 habitantes Fuente: INEGI SSA/DGEI 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3. Estadísticas Vitales Capítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad en Población de 15 a 24 años. Estados Unidos Mexicanos. 1997

| No. De Orden | Causa   | Clave CIE 9a. Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|-------------------|-------------|---------|
| 1            | Accidentes  | E47-E53           | 6 771       | 34.0    |
|              | - De tráfico de vehículos de motor                                | E471              | 3 272       | 16.4    |
| 2            | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra Persona | E55               | 3 672       | 18.4    |
| 3            | Tumores malignos  | 08-14             | 1 336       | 6.7     |
|              | - Leucemia  | 141               | 510         | 2.6     |
| 4            | Suicidio y lesiones autoinfligidas                                | E54               | 1 186       | 5.9     |
| 5            | Enfermedades del corazón  | 25-28             | 520         | 2.6     |
|              | - De la circulación pulmonar                                      | 28                | 212         | 1.1     |
| 6            | Nefritis síndrome nefrótico y nefrosis                            | 350               | 423         | 2.1     |
| 7            | Sida  | 184               | 374         | 1.9     |
| 8            | Neumonía e influenza  | 321-322           | 345         | 1.7     |
| 9            | Epilepsia   | 225               | 318         | 1.6     |
| 10           | Anomalías congénitas  | 44                | 301         | 1.5     |
|              | - Del corazón y del aparato circulatorio                          | 442               | 166         | 0.8     |
| 11           | Enfermedad cerebrovascular  | 29                | 254         | 1.3     |
| 12           | Diabetes mellitus   | 181               | 208         | 1.0     |
| 13           | Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos         | 224               | 194         | 1.0     |
| 14           | Enfermedades infecciosas intestinales                             | 01                | 178         | 0.9     |
| 15           | Deficiencias de la nutrición                                      | 19                | 178         | 0.9     |

1/ Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 24 años estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población. Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Estadísticas VitalesCapítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad en Población de 25 a 34 años, Estados Unidos Mexicanos, 1997

| No deOrden | C a u s a   | Clave CIE9a Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|------------|---|-----------------|-------------|---------|
| 1          | <u>Accidentes</u>   | E47-E53         | 6 121       | 38.8    |
|            | - De tráfico de vehículos de motor                                | E471            | 2 936       | 18.6    |
| 2          | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | E55             | 3 635       | 23.0    |
| 3          | Tumores malignos  | 08-14           | 1 849       | 11.7    |
|            | - Leucemia  | 141             | 351         | 2.2     |
|            | - Del cuello del útero  | 120             | 203         | 1.3     |
|            | - De la mama de la mujer  | 113             | 169         | 1.1     |
| 4          | Sida  | 184             | 1 686       | 10.7    |
| 5          | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado                 | 347             | 1 307       | 8.3     |
| 6          | Enfermedades del corazón  | 25-28           | 1 035       | 6.6     |
|            | - Isquémica   | 27              | 497         | 3.1     |
| 7          | Suicidio y lesiones autoinfligidas                                | E54             | 839         | 5.3     |
| 8          | Diabetes mellitus   | 181             | 491         | 3.1     |
| 9          | Neumonía e influenza  | 321-322         | 451         | 2.9     |
| 10         | Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis                           | 350             | 434         | 2.7     |
| 11         | Enfermedad cerebrovascular  | 29              | 396         | 2.5     |
| 12         | Epilepsia   | 225             | 344         | 2.2     |
| 13         | Tuberculosis pulmonar   | 020             | 313         | 2.0     |
| 14         | Síndrome de dependencia del alcohol                               | 215             | 266         | 1.7     |
| 15         | Deficiencias de la nutrición                                      | 19              | 213         | 1.3     |

1/ Tasa por 100 000 habitantes de 25 a 34 años, estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población. Fuente: INEGI SSA/DGEI 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Estadísticas VitalesCapítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad en Población de 35 a 44 años. Estados Unidos Mexicanos. 1997

| No. de Orden | <i>Causa</i>  | Clave CIE 9a Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|------------------|-------------|---------|
| 1            | <u>Accidentes</u>   | E47-E53          | 4 728       | 43.6    |
|              | - De tráfico de vehículos de motor                                | E471             | 2 228       | 20.6    |
| 2            | Tumores malignos  | 08-14            | 3 893       | 35.9    |
|              | - Del cuello del útero  | 120              | 755         | 7.0     |
|              | - De la mama de la mujer  | 113              | 585         | 5.4     |
| 3            | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado                 | 347              | 3 769       | 34.8    |
| 4            | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra Persona | E55              | 2 487       | 22.8    |
| 5            | Enfermedades del corazón  | 25-28            | 2 426       | 22.4    |
|              | - Isquémica   | 27               | 1 430       | 13.2    |
| 6            | Diabetes mellitus   | 181              | 1 470       | 13.6    |
| 7            | Sida  | 184              | 1 217       | 11.2    |
| 8            | Enfermedad cerebrovascular  | 29               | 844         | 7.8     |
| 9            | Neumonía e influenza  | 321-322          | 608         | 5.6     |
| 10           | Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis                           | 350              | 545         | 5.0     |
| 11           | Síndrome de dependencia del alcohol                               | 215              | 535         | 4.9     |
| 12           | Suicidio y lesiones autoinfligidas                                | E54              | 477         | 4.4     |
| 13           | Tuberculosis pulmonar   | 020              | 455         | 4.2     |
| 14           | Deficiencias de la nutrición                                      | 19               | 242         | 2.2     |
| 15           | Epilepsia   | 225              | 241         | 2.2     |

1/ Tasa por 100 000 habitantes de 35 a 44 años, estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población. Fuente: INEGI, SSA/DGEB, 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Estadísticas Vitales Capítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad en Población de 45 a 54 años Estados Unidos Mexicanos, 1997

| No. de Orden | Causa   | Clave CIE9a Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|-----------------|-------------|---------|
| 1            | Tumores malignos  | 08-14           | 6 244       | 92.4    |
|              | - Del cuello del útero  | 120             | 958         | 14.2    |
|              | - De la mama de la mujer  | 113             | 819         | 12.1    |
|              | - De la tráquea de los bronquios y del pulmón                     | 101             | 553         | 8.2     |
| 2            | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado                 | 347             | 5 283       | 78.2    |
| 3            | Enfermedades del corazón  | 25-28           | 4 913       | 72.7    |
|              | - Isquémica   | 27              | 3 201       | 47.4    |
| 4            | Diabetes mellitus   | 181             | 4 174       | 61.8    |
| 5            | Accidentes  | E47-E53         | 3 349       | 49.6    |
|              | - De tráfico de vehículos de motor                                | E471            | 1 486       | 22.0    |
| 6            | Enfermedad cerebrovascular  | 29              | 1 585       | 23.5    |
| 7            | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | E55             | 1 378       | 20.4    |
| 8            | Nefritis síndrome nefrótico y nefrosis                            | 350             | 997         | 14.8    |
| 9            | Neumonía e influenza  | 321-322         | 733         | 10.8    |
| 10           | Síndrome de dependencia del alcohol                               | 215             | 600         | 8.9     |
| 11           | Tuberculosis pulmonar   | 020             | 573         | 8.5     |
| 12           | Sida  | 184             | 539         | 8.0     |
| 13           | Deficiencias de la nutrición                                      | 19              | 314         | 4.6     |
| 14           | Suicidio y lesiones autoinfligidas                                | E54             | 310         | 4.6     |
| 15           | Bronquitis crónica y la no especificada enfisema y asma           | 323             | 293         | 4.3     |

1/ Tasa por 100.000 habitantes de 45 a 54 años, estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población

Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. Estadísticas VitalesCapítulo: Mortalidad

Principales Causas de Mortalidad en Población de 55 a 64 años. Estados Unidos Mexicanos. 1997

| No. de Orden | <u>Causa</u>  | Clave CIE 9a Rev | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|------------------|-------------|---------|
| 1            | Tumores malignos  | 08-14            | 9 595       | 214.3   |
|              | - De la tráquea de los bronquios y del pulmón                     | 101              | 1 341       | 29.9    |
|              | - Del estómago  | 091              | 920         | 20.5    |
|              | - Del cuello del útero  | 120              | 905         | 20.2    |
| 2            | Enfermedades del corazón  | 25-28            | 9 261       | 206.8   |
|              | - Isquémica   | 27               | 6 312       | 140.9   |
| 3            | Diabetes mellitus   | 181              | 8 624       | 192.6   |
| 4            | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado                 | 347              | 5 256       | 117.4   |
| 5            | Enfermedad cerebrovascular  | 29               | 3 102       | 69.3    |
| 6            | Accidentes  | E47-E53          | 2 714       | 60.6    |
|              | - De tráfico de vehículos de motor                                | E471             | 1 108       | 24.7    |
| 7            | Nefritis síndrome nefrótico y nefrosis                            | 350              | 1 680       | 37.5    |
| 8            | Neumonía e influenza  | 321-322          | 1 181       | 26.4    |
| 9            | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra Persona | E55              | 863         | 19.3    |
|              |   |                  |             |         |
| 10           | Bronquitis crónica y la no especificada enfisema y asma           | 323              | 650         | 14.5    |
| 11           | Tuberculosis pulmonar   | 020              | 610         | 13.6    |
| 12           | Deficiencias de la nutrición                                      | 19               | 508         | 11.3    |
| 13           | Síndrome de dependencia del alcohol                               | 215              | 493         | 11.0    |
| 14           | Úlceras gástrica y duodenal                                       | 341              | 392         | 8.8     |
| 15           | Enfermedades infecciosas intestinales                             | 01               | 370         | 8.3     |

1/ Tasa por 100.000 habitantes de 55 a 64 años. estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población Fuente: INEGI. SSA/DGEI. 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Referencias

- Bayés. R. (1987) Factor de aprendizaje en la Salud y enfermedad. Revista española de terapia del comportamiento Vol 5. No.2 :119-135
- Cox. D. (1992) Major developments in behavioral diabetes research. Journal of consulting and Clinical Psychology. Vol. 60. No. 4.
- Kavanagh D., Gooley S., Wilson P. (1993) Prediction of adherence and control in diabetes. Journal Behavior Medical, Oct;16(5):509-22
- Lazarus. R. S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona España De. Martinez Roca
- Littlefield, C., Craven J., Rodin G., Daneman D., Murray M., Rydall A. (1992), Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescents. Diabetes Care, Jan;15(1):90
- Petrides P. (1995) Coping with employet discrimination against diabetics: trends in social medicine and social psychology. Sep; 26 (1-3) : 203
- Rogers, C. R. (1951) Client-centered Therapy. Nueva York: Houghton-Mifflin Co
- Rotter, J. B. (1954) Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Strodman, L. (1984) A decisión-making process for planning education. Patient Educ Couns; 5 (4):189-200.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Conclusiones

Una evaluación general acerca de las actividades desarrolladas dentro del Hospital General de Atizapan, indicó un paulatino pero consistente desarrollo del programa operativo. esto debido principalmente a que esta sede fue de nueva inclusión en el programa de residencia. sin embargo. se apreció una constante aceptación hacia el trabajo que realizan los residentes en medicina conductual.

Las actividades del programa operativo. sobre todo en lo que se refiere a la atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, a generado resultados palpables principalmente como coadyuvantes del tratamiento médico y de los procedimientos de rutina por parte del personal de enfermería.

El servicio de consulta externa. sigue incrementando la demanda de consulta psicológica teniendo mayor incidencia en la población menor de 30 años así mismo se colaboró en actividades que no forman parte del programa operativo, pero que se consideran como una necesidad dentro de la institución

En lo que respecta al programa de atención psicológica a pacientes diabéticos. se desarrolló y se trabajó en la primera fase que corresponde a evaluación. se espera que en fecha próxima se ejecute el programa de club para pacientes diabéticos. con lo que se podrá poner en marcha el programa citado. Por otra parte el programa sobre detección y evaluación de conducta tipo "A" en personal médico del hospital, tuvo una aceptación razonable realizando un proceso de detección lento pero constante. la evaluación de registros fisiológicos en los individuos que obtuvieron puntajes elevados en la fase de detección. será concluida por los compañeros que ingresen en el siguiente periodo de rotación, ya que las limitaciones de tiempo. nos impiden concluir este en su totalidad

Finalmente podemos concluir que el programa de residencia que se ejecutó en esta sede se desarrolló de manera favorable. aunque existen aspectos que necesitan ser adaptados para lograr una mayor eficiencia. Adicionalmente. en la parte de anexos. se incluyen algunos de los instrumentos desarrollados a lo largo de este periodo de residencia así como una lista de los pacientes atendidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPÍTULO 4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Cuarto Reporte General de Actividades de la Residencia en Medicina Conductual.

SEDE: HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO

SERVICIO TRASPLANTE RENAL

1º MARZO A 31 DE AGOSTO DEL 2001

## **PRESENTACIÓN**

El capítulo 4º de este trabajo, corresponde a la primera fase de la segunda rotación de la Residencia en Medicina Conductual. Esta segunda rotación se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México, dentro del servicio de trasplante renal; como fue establecido en el programa de residencia, esta segunda rotación se desarrolló dentro de una unidad de especialidad en un hospital de tercer nivel como es la sede citada.

En este capítulo se comentan las experiencias y actividades desarrolladas dentro del servicio de trasplante renal durante el primer semestre de rotación.

Dichas actividades se relacionan con el acercamiento a la sede hospitalaria, la detección de necesidades dentro del servicio, la optimización del trabajo a través del replanteamiento del programa operativo de la residencia en Medicina Conductual, desarrollo de protocolos de investigación, aumento de la actividad académica dentro del área de psicología apoyados en el servicio de Psicología del mismo hospital y del supervisor insitu. Adicionalmente, se incluyen comentarios y conclusiones sobre dichas experiencias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Panorama general del servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México

El Programa de Trasplante Renal dentro del Hospital Juárez de México dio inicio en 1991. Desde entonces hasta mediados del 2001 se han llevado a cabo alrededor de 140 trasplantes. La realización de un trasplante es un proceso complejo que requiere de la conjunción de diversas disciplinas que evalúan diferentes aspectos de los candidatos a trasplante, así como de los donadores.

Cada una de estas realiza una labor específica para el buen desarrollo del trasplante. En el Hospital Juárez de México existen dos tipos de protocolo de trasplante: Protocolo de Donador Vivo Relacionado y Protocolo de Donación Cadavérica. La diferencia entre ambos protocolos radica principalmente en el origen del órgano a trasplantar, así como en la disponibilidad e inmediatez con la que se realiza el procedimiento de trasplante, ya que el Protocolo de Donación Cadavérica está sujeto a una lista de espera en la que se encuentran registrados los posibles receptores.

Las disciplinas que participan son básicamente tres: Trabajo social, Psicología y Medicina. El área social se encarga de evaluar las características de la familia del receptor tanto para el Protocolo de Donador Vivo Relacionado como del Protocolo de Donación Cadavérica, así mismo evalúa el lugar donde residirá el paciente trasplantado, también esta área se encarga de verificar la autenticidad de los documentos que presentan los pacientes y los familiares como son credenciales, actas de nacimiento etc.,

El área médica lleva a cabo el estudio minucioso del receptor y del donador para el caso de Protocolo de donación de vivo relacionado, esto incluye la realización de aproximadamente 40 estudios de laboratorio que permiten tener la certeza de las condiciones óptimas para el momento del trasplante, así mismo se encarga de la realización del procedimiento quirúrgico, así como de la serie de consultas de seguimiento pre y postrasplante. Finalmente el área Psicología evalúa aspectos como el funcionamiento psicológico, los antecedentes de adherencia terapéutica, las habilidades de afrontamiento ante la enfermedad, comprensión y entendimiento de la misma, información acerca del procedimiento quirúrgico y del periodo de aislamiento postrasplante por citar solo algunas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Infraestructura Física y de Recursos Humanos

### Personal de base

1 jefe de servicio  
2 adscritos cirujanos de trasplante  
4 adscritos de nefrología  
2 enfermeras  
1 QFB  
1 Técnico laboratorista  
1 trabajadora social  
1 secretaria  
20 enfermeras

### Residentes

2 residentes de trasplantes  
3 residentes de psicología

### Infraestructura

Hemodialisis  
7 cubiculos para realizar procedimientos

### Trasplante

4 camas de aislamiento  
1 campana de flujo laminar

### Unidad diálisis

Cubículo para diálisis peritoneal con 6 camas  
4 cicladoras  
Area para entrenamiento en DPCA

### Hospitalización

Aislado de 3 camas  
12 camas generales

### Areas que maneja el servicio

- Asistencia
- Docencia
- Investigacion

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Descripción de actividades de los residentes de medicina conductual dentro del Hospital Juárez de México

Una vez incorporados al Servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México nuestra primera actividad consistió en presentarnos con el jefe de servicio, así como con el personal que ahí labora.

Posteriormente, los residentes en medicina conductual del servicio de trasplantes de la rotación anterior nos brindaron una inducción que fue valiosa y de gran ayuda ya que permitió adaptarnos rápidamente al servicio. En apartados posteriores se comentan de manera puntual las actividades que aquí se realizan.

Cabe mencionar que el trabajo de las generaciones anteriores de residentes ha sido mejorado paulatinamente, debido a las necesidades del servicio y a una inquietud personal de los residentes adscritos al mismo. Asimismo se considera pertinente señalar que se replantearon algunos elementos del plan operativo del programa de residencia, con el fin de hacer más dinámico y eficiente el trabajo. Dentro del servicio de trasplantes nos encontramos tres residentes de la maestría en medicina conductual, las actividades que aquí realizamos podemos dividirlos en tres rubros principales:

- *Atención a pacientes*
- *Actividades académicas*
- *Investigación*
- *Supervisión*

La atención a pacientes incluye la evaluación de los candidatos a trasplante tanto de los protocolos de donación de vivo relacionado y protocolo de donación cadavérica a través de una entrevista estructurada que abarca diferentes áreas y que fue diseñada tomando en cuenta tanto criterios psicológicos como legales, ya que el trasplante no es una cirugía convencional ya que implica la manipulación de tejidos y órganos humanos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Adicionalmente se aplican pruebas que permiten evaluar alteraciones del funcionamiento o de la dinámica psicológica, entre estos podemos citar:

- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Idare
- Dibujo de la figura humana
- Bender
- Inventario de frases incompletas
- Escalas e inventarios de adherencia afrontamiento

*Nota: Las pruebas e inventarios aplicados se administran de acuerdo a cada caso y estos fueron aceptados y algunos incluidos a sugerencia del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez.*

Toda la información recabada es plasmada dentro del expediente psicológico de manera sistemática y ordenada, lo que permite un manejo óptimo de la misma, adicionalmente se realiza un resumen con un formato específico que condensa los datos mas relevantes de los candidatos a trasplante, este resumen final es utilizado en la toma de decisiones dentro del subcomite y comité de trasplantes que son las instancias que finalmente deciden sobre la realización del trasplante.

Por otra parte, se trabaja con los candidatos a trasplante en diferentes áreas de la esfera psicológica, así como con pequeñas dimensiones del comportamiento humano, como son el enfrentamiento ante la enfermedad, la adherencia terapéutica, análisis de la red social del paciente. Además, se brinda apoyo psicológico a través de sesiones de grupo o en sesiones individuales para los pacientes que lo requieren, tratando principalmente problemas de ansiedad, depresión, angustia etc, utilizando principalmente técnicas derivadas de la terapia cognitivo conductual y de la modificación de conducta.

En este apartado también se incluye la atención de pacientes en consulta externa tanto para los pacientes de protocolo de trasplante como para los ya trasplantados los días jueves y viernes. La consulta se brinda estando presente las tres disciplinas involucradas en el staff de trasplantes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Finalmente la atención de pacientes se extiende en el postrasplante, haciendo seguimientos que coadyuvan principalmente en la adherencia al tratamiento, ya que uno de los principales problemas que refiere el equipo médico se relaciona con abandonos o modificaciones al régimen terapéutico. Estas intervenciones incluso se dan dentro de ambiente hospitalario cuando el paciente requiere internamiento.

En cuanto a las actividades académicas estas se vinculan principalmente a sesiones generales dentro del servicio de trasplantes los días miércoles, con temas diversos relacionados al trasplante renal impartidos por el personal de trabajo social por los residentes médicos y por los residentes de medicina conductual.

Por otra parte los días martes se realizan sesiones bibliográficas donde se revisan artículos relacionados con el trasplante renal.

Finalmente los días miércoles se realizan sesiones clínicas dentro del servicio de Psiquiatría y Psicología, donde tanto psicólogos adscritos y residentes revisamos casos clínicos.

La supervisión de los residentes de medicina conductual se encuentra a cargo de un psicólogo adscrito con quien se han establecido las siguientes actividades:

- Revisión de aspectos teóricos
- Supervisión de casos clínicos
- Seguimiento de las actividades de investigación

Las actividades de investigación son parte importante de las actividades realizadas dentro del servicio ya que permiten trasladar el aprendizaje teórico a la práctica, realizando innovaciones o proponiendo alternativas que ayudan a resolver problemas específicos o responder preguntas sobre tópicos psicológicos relacionados al trasplante renal. A continuación se presenta el protocolo de investigación desarrollado dentro del Hospital Juárez de México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**PROGRAMA DESARROLLADO  
DENTRO DEL SERVICIO DE  
TRASPLANTE RENAL**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**U.N.A.M.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**MAESTRIA EN PSICOLOGIA PROFESIONAL  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA RESIDENCIA**

LA INOCULACIÓN DE ESTRÉS COMO ESTRATEGIA COADYUVANTE  
EN LA PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA PERIODO DE  
AISLAMIENTO POSTRANSPLANTE.

**Psic. OCTAVIO CAMPOS GUTIÉRREZ  
R2 MEDICINA CONDUCTUAL**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas en nuestro país han incrementado de manera sensible ocupando los primeros sitios en lo que a problemas de salud se refiere, dentro de estas enfermedades la insuficiencia renal crónica a merecido un particular interés ya que los incrementos en la morbimortalidad han rebasado por mucho la capacidad de los sistemas nacionales de salud. No obstante se siguen realizando esfuerzos para poder cubrir la demanda que este problema exige.

La insuficiencia renal crónica es una lenta y progresiva disminución de la función renal que evoluciona hacia la acumulación de productos metabólicos desecho en la sangre, las lesiones producidas en los riñones producidas por múltiples enfermedades (diabetes, lupus etc.) pueden producir daños irreversibles. El deterioro en la función renal puede cursar asintomático, solo las pruebas de laboratorio pueden evidenciar cambios en los incrementos de material de desecho, principalmente la urea y la creatinina.

La necesidad frecuente de orinar es uno de los síntomas frecuentes en estadios iniciales, aunque en otros pacientes se pueden dar incrementos de la tensión arterial. A medida que la enfermedad avanza el incremento de sustancias tóxicas en la sangre, produce fatiga, pesadez generalizada y cansancio. También puede experimentarse una sensación de hormigueo o pérdida de la sensibilidad en las extremidades.

El diagnóstico de insuficiencia renal generalmente se realiza por medio de una prueba de sangre, la insuficiencia renal generalmente cambia el equilibrio que mantiene la sangre, tornándola mas ácida, el pronóstico de la enfermedad tiende a agravarse independientemente del tratamiento. Los procedimientos para compensar la función renal son principalmente dos: la diálisis y la hemodiálisis, el primer procedimiento tiene como objetivo la extracción de productos de desechos y al eliminación del exceso de agua, el segundo procedimiento extrae la sangre del cuerpo y la pase a un aparato que filtra las sustancias de desecho, devolviendo la sangre purificada. Cuando alguno de los procedimientos anteriormente citados ya no compensa la función renal, generalmente se prescribe el trasplante de riñón, este evento quirúrgico incluso puede ser prescrito en los primeros estadios de la enfermedad sin embargo la preparación para tal evento así como las condiciones inmediatas que se derivan impactan en el paciente a diferentes niveles siendo el psicologico uno de los que ha llamado la atención de los especialistas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES

El protocolo de trasplante renal ya sea de donador vivo relacionado o de donador cadavérico, es en sí mismo un evento estresante, que en la gran mayoría de los casos sobrepasa los recursos del individuo para enfrentarse a esta situación, ya que desde que se entrevista al paciente por primera vez, hasta el momento del evento quirúrgico propiamente, el staff de trasplantes se dedica a estudiar y evaluar al paciente de manera simultánea y exhaustiva para determinar si reúne las características mínimas necesarias para recibir un órgano.

Autores como Terán D., Ruiz J., Estrada G., Barajas L., Díaz A. (2001), reportan diferencias entre los pacientes que forman parte de protocolos de donador vivo relacionado y donador cadavérico, señalando particularmente a estos últimos como más susceptibles de presentar episodios de ansiedad más intensos, debido principalmente a las características particulares de dicho protocolo. Por su parte, Rundel, J. y Hall R. (1997), han estudiado las características psiquiátricas de los pacientes que son candidatos a trasplante renal, encontrando una amplia gama de patologías psiquiátricas.

Adicionalmente, los cuidados inmediatos al postrasplante, requiere de medidas estrictas, en un ambiente de esterilidad casi total que solo se puede lograr a través del aislamiento del paciente, tal condición, limita no solo la funcionalidad del paciente, sino que lo somete a un ambiente artificial poco común que implica necesariamente una adaptación rápida.

Asimismo, aunado a las molestias propias de un evento quirúrgico de tal magnitud, se presentan en el paciente reacciones como desajuste del ciclo sueño-vigilia, pérdida de la discriminación temporal, pérdida del apetito, labilidad emocional, exacerbación de la sintomatología ansiosa y/o depresiva, y en casos más severos rasgos psicóticos. Incluso, podemos comentar que la medicación prescrita posterior al trasplante que incluye fármacos inmunosupresores, puede inducir un efecto de neurotoxicidad como es el caso de la ciclosporina. Sobre este respecto, autores como Palmer, B. Y Toto R. (1991) quienes han realizado investigaciones sobre los efectos tóxicos de dicho inmunosupresor comentan diversos casos en los que la neurotoxicidad se expresó de múltiples formas, en un paciente con una hemiparesia flácida, en otro con un cuadro demencial y en un tercero presentando un síndrome de Guillain-Barre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El hecho de que a un paciente se le haya practicado un transplante técnicamente exitoso, no garantiza la ausencia de rechazo. En relación con esto, autores como Sill, Popkin y Najarian (1992) documentan el caso de un paciente de 37 años quien recibió un transplante de riñón, desarrollando síntomas psicóticos, se le administraron neurolepticos, posteriormente el paciente solicitó que le fuese retirado el riñón, la explicación propuesta por los autores, es una falla en la integración psicológica del órgano transplantado.

La importancia de tratar tales manifestaciones parecería obvia, sin embargo, los beneficios se extienden más allá de la simple reducción de síntomas que permitan un mejor manejo del paciente, de hecho los beneficios se orientan a coadyuvar a mantener el injerto.

No obstante, existe poca literatura relacionada al tema de aislamiento y transplante renal y aun menos sobre protocolos, estrategias y procedimientos que permitan preparar a los pacientes para este evento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACIÓN

El trasplante de riñón en nuestro país se ha incrementado de manera notable el Hospital Juárez de México. Por citar un ejemplo a realizado desde 1991 a la fecha alrededor de 140 trasplantes

El protocolo de trasplante que se lleva a cabo en dicho hospital, requiere de una colaboración estrecha entre diferentes disciplinas como trabajo social, psicología y medicina

Cada una de estas áreas realiza una cuidadosa evaluación del receptor y del donante a fin de garantizar las mejores condiciones posibles para que el evento quirúrgico y postquirúrgico sea un exitosa.

En lo que respecta al área de psicología, la labor consiste en evaluar al paciente en diferentes áreas como cognitivas, emocionales y familiares, también se incide en aquellos problemas del individuo que tienen un impacto directo sobre el evento de trasplante, parte de las actividades consisten en preparar al paciente para cubrir una de las fases posteriores al evento de trasplante y que consiste en aislar al paciente por un periodo de tiempo el cual varía dependiendo de la evolución del paciente y que tiene como objetivo checar el funcionamiento del injerto y crear un micro ambiente estéril ya que el tipo de medicación que se prescribe tiene el efecto de abatir la respuesta inmune para evitar el rechazo del injerto.

Este último punto ha sido poco estudiado, en lo que se refiere principalmente a una preparación sistemática que permita enfrentar a los pacientes la situación de aislamiento a la que se ven expuestos posterior al trasplante.

De hecho, aunque en la literatura se tiene referencia de los efectos negativos y secundarios, que se pueden suscitar posterior al trasplante y que se relacionan con una mala integración a nivel psicológico del órgano transplantado, no se mencionan estrategias o intervenciones que se hayan empleado para este fin

Por lo que la siguiente propuesta pretende plantear un protocolo basado en la inoculación de estrés que permita preparar a los pacientes para este evento y reducir los

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

efectos adversos que produce el aislamiento y que impactan en la recuperación del paciente.

La inoculación del estrés enseña como afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Gracias a esta técnica ya no es preciso evitar o amortiguar situaciones productoras de estrés. Por el contrario permite desarrollar nuevas formas de reaccionar: aprendiendo a relajarse en lugar de la habitual respuesta de miedo o cólera Meichenbaum, D. (1996). No obstante los mejores resultados se obtienen de la combinación de diversos procedimientos derivados de la terapia cognitivo conductual y de la modificación de conducta, como son el modelamiento de respuestas, la desensibilización sistemática o la modificación de ideas irracionales.

### PROCEDIMIENTO

#### **Objetivos Generales:**

1. Crear un protocolo basado en el procedimiento de inoculación de estrés, para la preparación de pacientes sometidos a un periodo de aislamiento postrasplante renal

#### **Objetivos Específicos:**

1. Reforzar el repertorio de respuestas con las que cuenta el individuo.
2. Enseñar al paciente nuevas habilidades para enfrentar los estresores más comunes que se presentan en el periodo de aislamiento.

#### **Sujetos**

Población natural del servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México.

#### **Criterios de Inclusión**

- Sujeto mayor de edad
- Que no curse con algún cuadro psiquiátrico
- Que presente niveles leves a moderados de ansiedad
- Firmar carta de consentimiento de entrevista grabada

#### **Instrumentos**

- Formato estandarizado de entrevista de donador cadavérico
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de eventos vitales adaptada
- Prueba de calidad de vida QHL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Descripción de Protocolo para preparación del periodo de aislamiento

Para la preparación de los pacientes durante el periodo de aislamiento se propone el siguiente protocolo que incluye tres fases divididas en diez sesiones la primera se considera la fase de línea base, la segunda es la fase educativa y la tercera la fase de simulación, estas fases son explicadas a continuación.

1. Antes de comenzar con las sesiones de protocolo para el periodo de aislamiento propiamente, el paciente cumplirá con las sesiones de rutina que marca el protocolo general de pacientes, tanto en la modalidad de donador vivo relacionado como de donador cadavérico. Para esta fase se establecen cuatro sesiones. Aquí se considerará la aplicación de la entrevista semiestructurada, los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, la prueba de calidad de vida y el inventario de eventos vitales, adicionalmente se proporcionará al paciente información relativa a la enfermedad, en donde se incluye: la etiología de la misma, pronóstico, riesgo de la cirugía, periodo de aislamiento y tipo de medicamentos empleados en el postransplante y sus efectos colaterales. Al final de cada sesión se proporcionará retroalimentación y se resolverán las dudas del paciente. Estas sesiones se consideraran como la fase 1 y corresponden a la línea base.
2. La fase educativa inicia propiamente en la sesión cinco, en la que se proporcionarán resultados de la batería aplicada y se dará retroalimentación sobre los resultados obtenidos. Las sesiones seis y siete, se dedicarán al entrenamiento en relajación autógena, esto debido a que las características del paciente posterior a la cirugía limitan severamente la funcionalidad de los individuos.

Las sesiones ocho y nueve, se emplearán en la formulación de la lista de estresores que el paciente identifique junto con el terapeuta, apoyando con la técnica de desensibilización sistemática para aquellos eventos que el paciente haya jerarquizado en la lista, a sí mismo se llevará a cabo la planeación de actividades dentro del periodo de aislamiento.

3. La fase de simulación corresponde a la sesión diez y se llevará a cabo durante el periodo de interconsultas médicas en las que el paciente permanece internado en los cuartos donde se lleva a cabo el aislamiento durante el postransplante. Esta sesión será apoyada con las técnicas aprendidas durante la fase educativa, se proporcionara retroalimentación durante la experiencia.

Finalmente una vez que se lleve a cabo el transplante se dará seguimiento durante el mismo aplicando la batería inicial en la primera consulta médica que se establece quince días después del alta médica.

## Referencias

- Meichenbaum, D. (1996). *Stress inoculation training for coping with stressors*. The Clinical Psychologist. 49. 4-7.
- Palmer B. Toto R. (1991) *Severe neurologic toxicity induced by cyclosporine A in three renal transplant patients*. Am J Kidney Dis Jul;18(1):116-21
- Rundell, JR. Hall RC. (1997) *Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients* Psychosomatics May-Jun;38(3):269-76
- Sillis, L., Popkin, M., & Najarian, J. (1992) *Elective removal of a transplanted organ*. Psychosomatic. Fal; Vol. 33(4):461-465
- Terán D., Ruiz J., Estrada G., Barajas L, Díaz A. (2001) *Anxiety and depression among renal transplantation candidates: impact of donor availability* Actas 1: Esp Psiquiatr Mar-Apr29(2):91

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## Técnicas y estrategias empleadas con los pacientes del servicio de trasplante renal.

Dentro de los problemas que generalmente son tratados dentro de los servicios mencionados se encuentran: la depresión, la ansiedad, los miedos, inadaptación al ambiente hospitalario. De manera particular en el servicio de trasplantes se trabaja en la fase preoperatoria y postoperatoria con el fin de que los candidatos tengan las condiciones óptimas para enfrentar el trasplante y las condiciones secundarias al mismo:

### a) **Técnicas de relajación.**

Las técnicas de relajación se emplean en múltiples problemas generalmente como procedimiento coadyuvante o secundario a una intervención principal. Por ejemplo, en la ansiedad, la angustia o el estrés postraumático, se aplican algunas de las técnicas de relajación que a continuación se mencionan y posteriormente se puede utilizar alguna técnica de desensibilización sistemática o adaptación de la misma. Entre las técnicas que se emplean con mayor frecuencia se encuentran:

- Respiración diafragmática.
- Relajación muscular progresiva.
- Imaginería.

### b) **Desensibilización sistemática e inoculación de estrés.**

- Esta técnica descrita por Wolpe para el tratamiento de trastornos de ansiedad, se emplea en problemas como: fobias, cuasifobias, trastornos de ansiedad e inoculación de estrés.

Esta técnica tiene como objetivo, disminuir la respuesta ansiosa ha un estímulo o arreglo de estímulo dado. La técnica ha sufrido adaptaciones y modificaciones, sin embargo el principio sigue siendo el mismo, jerarquizar los estímulos, presentarlos al paciente y lograr control sobre las respuestas de ansiedad que este produce, por ejemplo esta técnica se emplea en este hospital en pacientes que presentan temor exagerado sobre algún procedimiento médico o sufren de algún tipo de fobia o miedo irracional. Esta técnica se emplea por ejemplo cuando el paciente se encuentra cursando el periodo de aislamiento que forma parte del protocolo postrasplante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c) **Técnicas cognitivo-conductuales.**

- Las técnicas cognitivo-conductuales son otra de las herramientas empleadas para tratar algunos de los problemas comunes que presentan los pacientes hospitalizados como: mitos y creencias acerca de su enfermedad, ideas sobre procedimientos hospitalarios, preparación para fase preoperatoria y postoperatoria o poca adaptación a los ambientes hospitalarios, siendo las más utilizadas la reestructuración cognitiva, el manejo de ideas irracionales, cambio de ideas o la reatribución. Estas técnicas tienen como objetivo manejar material cognitivo que tiene implicaciones directas o repercute sobre la enfermedad o padecimiento del paciente.

Por otra parte las técnicas conductuales como son: el modelamiento, moldeamiento, aproximaciones sucesivas, contracondicionamiento, extinción o condicionamiento, se aplican principalmente cuando es necesario modificar aspectos muy específicos del comportamiento del paciente, que pueden evidenciarse a través de un análisis de contingencias, que permite identificar los elementos antecedentes y consecuentes de una conducta y posteriormente realizar arreglos conductuales para reforzar, extinguir, cambiar o instalar una respuesta o repertorio conductual.

d) **Abreacción y contención**

- La abreacción y la contención son procedimientos que también se emplean con los pacientes, principalmente cuando se realiza intervención en crisis, donde el objetivo principal es estabilizar al paciente que se encuentra cursando un período crítico. Esto se lleva a cabo principalmente manejando los aspectos emotivos que generalmente son expresados de manera incontrolada o son contenidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Conclusiones

Una evaluación general acerca de las actividades desarrolladas dentro del Hospital Juárez, indicó un consistente desarrollo del programa operativo llevado a cabo por parte de los residentes en medicina conductual.

Resulta pertinente señalar que los programas que se han propuesto han sido dirigidos y supervisados rigurosamente, por lo que los fundamentos teóricos y conceptuales que soportan dichos programas, son firmes y proporcionan una base estable.

En lo que respecta a las competencias profesionales de los residentes en medicina conductual, estas fueron probadas constantemente, permitiendo con esto, corregir las deficiencias en la ejecución. Asimismo, hay competencias que aun necesitan pulirse y en las que se trabaja constantemente para obtener niveles aceptables que permitan mejorar el rendimiento y desempeño dentro de los escenarios hospitalarios.

Finalmente podemos concluir que el programa de residencia que se ejecutó en el servicio de trasplantes del Hospital Juárez de México, se está desarrollando de manera favorable, aunque existen aspectos que necesitan ser adaptados para lograr una mayor eficiencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPÍTULO 5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Quinto Reporte General de Actividades de la Residencia en Medicina Conductual.

SEDE: HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO

SERVICIO TRASPLANTE RENAL

1º DE SEPTIEMBRE A 28 DE FEBRERO DEL 2002

## PRESENTACIÓN

El capítulo 5º de este trabajo, corresponde a la segunda fase, del segundo periodo de rotación de la Residencia en Medicina Conductual

El Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez, ha sido una sede, en la que se han puesto a prueba los conocimientos adquiridos, así como las competencias profesionales de los residentes en Medicina Conductual, la experiencia adquirida durante el semestre de propedeutico y las rotaciones anteriores, proporcionan una visión mas real del papel que juega el psicólogo dentro de los ambientes hospitalarios.

Por lo que este quinto reporte de actividades, pretende mostrar el trabajo realizado dentro del servicio de trasplante renal, basado en los objetivos del programa operativo de la residencia en Medicina Conductual, aunado a las necesidades detectadas y sugeridas dentro de dicho servicio.

Los puntos principales de dicho reporte, se ubican en la elaboración de una *Entrevista Estructurada para Trasplante Renal*, modificación de la batería de pruebas para evaluación y formulación de un consentimiento informado cualificado que aún se encuentra en proceso de elaboración. Asimismo, se señalan algunas otras de las aportaciones que los residentes de esta generación brindamos a dicho servicio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Planteamiento de objetivos del área de Psicología dentro del servicio de trasplante renal

El servicio de trasplantes del Hospital Juárez, ha contado con la participación de varias generaciones de residentes tanto de Psicología de la Salud como de Medicina Conductual, las aportaciones hechas anteriormente han permitido sentar las bases para nuevas propuestas y para realizar mejoras al plan operativo que aquí se desarrolla. Tomando en cuenta lo anterior, los residentes que aquí rotamos, hemos definido los objetivos principales del área de psicología dentro de este servicio, con el fin de ajustar de la mejor manera posible tanto los objetivos del programa de maestría con las actividades del servicio de trasplantes, destacándose los siguientes puntos:

1. Realizar valoración psicológica de pacientes con IRCT para determinar que cumplan con los criterios de inclusión para trasplantarse.
2. Intervenir en los pacientes con IRCT para transformarlos en candidatos aptos para trasplante.
3. Dar apoyo psicológico a los pacientes internados para interconsultas y a pacientes en el periodo pre y postoperatorio.
4. Reportar por escrito al Jefe del Servicio las valoraciones realizadas en los momentos que así se requiera.
5. Tener actualizados los expedientes de Psicología con su respectiva nota.
6. Mantener contacto constante con los pacientes para conocer y solucionar sus inquietudes acerca de los procedimientos y problemáticas psicológicas surgidas por la enfermedad.
7. Realizar revisión bibliográfica que sustente el trabajo de intervención psicológica.
8. Elaborar y llevar a cabo propuestas de investigación que satisfagan las necesidades psicológicas de los pacientes del servicio. Esto requiere del visto bueno del Jefe de Servicio

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Actividades diarias del residente en Psicología

Concomitante a los objetivos del área de psicología, la definición de las actividades diarias de los residentes en psicología se consideró como elemento importante ya que también permitirá orientar las nuevas propuestas o adiciones al plan operativo, dichas actividades solo son comentadas de manera general.

Las actividades de los residentes de medicina conductual, citadas a continuación, contemplan principalmente la dinámica que se realiza de manera cotidiana con la población de pacientes renales, las actividades académicas, de investigación y supervisión ya han sido comentadas a detalle en el cuarto reporte; por lo que las actividades propuestas son las siguientes:

1. Coordinarse con los médicos residentes o adscritos para saber quienes son los siguientes pacientes que serán presentados ante el subcomité y comité de trasplantes con el fin de elaborar y/o actualizar el expediente psicológico de dicho paciente.
2. Coordinarse con el Jefe del Servicio de Psiquiatría (Dr. Ricardo Gallardo Contreras) para realizar la valoración psicológica a pacientes y elaborar un reporte con su visto bueno. Dicho reporte debe anexarse al expediente psicológico del paciente.
3. Dar atención a pacientes y familiares en la fase de postrasplante.
4. Brindar apoyo psicológico a los pacientes en aislamiento.
5. Visitar a los pacientes internados para dar apoyo psicológico y dar continuidad a la realización de su expediente.
6. Realizar la petición de órganos a familiares en los casos de donación cadavérica que así se requiera.
7. Asistir a la consulta externa de pacientes que se encuentran en estudios para trasplantarse (Protocolo) con la finalidad de captarles dándoles cita e iniciar su expediente psicológico o darle continuación/actualización al mismo.
8. Realizar entrevistas y aplicar pruebas psicológicas a pacientes en estudio de Protocolo para trasplantarse sean de donación de vivo relacionado o de donación de cadáver.
9. Elaborar programas de tratamiento que permitan a los pacientes adherirse a las prescripciones dadas por el equipo de salud.
10. Revisar y tener conocimiento de las leyes y reglamentos vigentes de trasplante del Sector Salud.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Entrevista Psicológica Estructurada y Consentimiento Informado Cualificado : Receptores y Donadores de Trasplante Renal

El trasplante es comúnmente definido como el tratamiento óptimo para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). No obstante, la demanda de trasplantes renales excede el número de riñones que son donados cada año. Para optimizar la asignación de este órgano, se practican a menudo consultas para evaluar el estado psicológico de los pacientes a trasplantarse. El estado psicológico es determinado por la entrevista clínica y la entrevista es a veces acompañada por pruebas psicológicas y cognitivas. El objetivo de la evaluación es identificar a los pacientes que efectivamente cumplan con el riguroso periodo postoperatorio, debido a que la falta de cumplimiento en este periodo puede degenerar en problemas médicos importantes o la muerte. Los factores psicológicos que se consideran significativos en el cumplimiento incluyen Funcionamiento Psicológico, Personalidad, Adherencia Terapéutica, Estilos de Enfrentamiento y Apoyo Social.

La valoración psicológica de los candidatos a trasplante renal se ha vuelto más necesaria a medida que crece la demanda de trasplantes. En adición, muchos psicólogos no han sido entrenados específicamente para conducir este tipo de valoraciones y a menudo desconocen las áreas que necesitan ser valoradas. Una entrevista psicológica estandarizada, aunque necesaria, no es suficiente para explorar a los candidatos. Aunado a una historia psicológica, también es importante adquirir información específica al régimen médico asociado con la enfermedad y el trasplante renal. Los puntos psicológicos son importantes de evaluar, ya que a menudo las conductas de los pacientes son quienes en última instancia determinan su pertinencia para ser trasplantados.

Ruiz y Vázquez (1999) encontraron que los candidatos a trasplante renal tienen características psicológicas únicas. Esto enfatiza la importancia de estar adecuadamente familiarizado con la población cuando se conduce una evaluación psicológica pretrasplante. Por ejemplo, los candidatos a trasplante reportan menos que otro tipo de pacientes una historia pasada relacionada a tratamientos en salud mental y de igual manera se les asocia en gran número con abuso de sustancias en el pasado, así como diagnosticados con desórdenes sexuales. En un estudio longitudinal sobre pacientes renales, aquellos que fueron trasplantados mostraron que la depresión y la edad fueron los predictores más importantes de

sobrevida del injerto, aún cuando los factores demográficos, físicos y bioquímicos también fueron considerados.

A pesar de que existe una gran demanda en evaluaciones psicológicas para receptores de órganos, no existe un protocolo en común acuerdo que pueda guiar a los clínicos. Aún cuando hay un consenso sobre cuales instrumentos psicológicos utilizar, no se muestra una discusión acerca de la parte medular del proceso de evaluación – la entrevista clínica.

En México, existen hospitales de 3er. nivel que ofrecen el servicio especializado de trasplantes, donde también se llevan a cabo dichas evaluaciones con el fin de elegir a los pacientes adecuados para ser trasplantados. Como se menciona en el párrafo anterior, se requiere de una valoración más completa, confiable y que se adapte a momentos, contextos y pacientes tan peculiares. Son distintas las dimensiones a evaluar y todas en conjunto pueden proporcionar una imagen más completa del paciente.

El Hospital Juárez de México es una de las diferentes instituciones en salud de 3er. nivel en el país, el cual cuenta con el Servicio de Trasplante Renal. El Programa de Trasplante Renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991. Desde entonces al año 2001, se han hecho 144 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 Trasplante Renal del Hospital Juárez de México, 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 trasplante, el comité estará integrado ...por un psiquiatra o psicólogo. ...".

En este sentido, el propósito de este trabajo es presentar una Entrevista Estructurada para Trasplante Renal (EETR) en el Área de Psicología del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México. La EETR es desarrollada como una herramienta para guiar a los

clínicos a través del proceso de la entrevista proporcionando una estructura comprensiva y a la vez flexible. Este instrumento facilita al entrevistador a obtener información necesaria que puede ser omitida por otros. La EETR enfatiza en la áreas que son específicas al trasplante renal y proporciona a los clínicos un entendimiento inmediato sobre que tipo de información es necesaria para conducir una evaluación cabal. Adicionalmente, la EETR proporciona una forma de valorar el cumplimiento conductual de los pacientes, guiando al clínico para que aborde algunos puntos conductuales (cumplimiento con el medicamento, atención médica a síntomas y dieta). Es también eficiente en su tiempo de aplicación, lanzando información fácil de registrar ya que muchas preguntas pueden ser respondidas simplemente checando la respuesta apropiada. Además, recoger toda la información documentada en este medio estructurado, facilita la habilidad del clínico para asimilar efectivamente el material.

Los protocolos estructurados son particularmente útiles en medios de entrenamiento donde los residentes e internos rotan regularmente. El personal en entrenamiento a menudo tiene responsabilidades clínicas significativas, por lo que es difícil volverse un "experto" mientras se trabaja con un diverso rango de poblaciones de pacientes. Por lo tanto, acumular información de las entrevistas en una forma estructurada y estandarizada, incrementa la confiabilidad de obtener información relevante

Asimilar cuidadosamente la información de las entrevistas es particularmente crucial en esta población de candidatos potenciales a trasplante. Además, establecer un protocolo de valoración estandarizado puede optimizar la recolección sistemática de información que puede ser utilizada para investigar los factores psicológicos que son considerados en la toma de decisiones para los trasplantes.

Aunque la EETR pueda ser una guía efectiva, no necesariamente es una buena herramienta de entrenamiento, es decir, sólo se trata de un lineamiento que puede facilitar el proceso educativo y de entrevista. Para ser un clínico realmente efectivo con esta población, es importante tener buen juicio y destreza clínica, así como un entendimiento sólido de todos los componentes implícitos en la entrevista. Aunque muchos de los reactivos en la EETR son presentados como una lista de chequeo, no se recomienda que sea administrada o presentada textualmente. Por ejemplo, cuando se valoran puntos sensibles tales como el abuso de sustancias o cumplimiento, es importante para los clínicos basarse en su propio juicio clínico al momento de plantear las preguntas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Administración de la EETR*

La EETR es una herramienta que facilita una valoración comprensiva y eficiente de los pacientes candidatos a trasplante renal. A pesar de la naturaleza estructurada del instrumento, es fácil de aplicar y también flexible. Se requiere de experiencia clínica para conducir la entrevista y conocimiento sobre la IRCT. No se requiere equipo especial, herramientas o manuales. Aunque la EETR es fácil de administrar y también facilita el entrenamiento, no es un sustituto del buen juicio clínico, de un conocimiento comprensivo acerca de la enfermedad renal y de las habilidades sólidas de entrevista.

Muchos de los reactivos son de opción múltiple (tipo Likert) o utilizan listas de chequeo; solo algunos reactivos son abiertos. La estructura de las preguntas está diseñada para guiar al clínico y ayudar al paciente a proporcionar una respuesta objetiva; esto no significa que se busque abreviar la entrevista. La EETR no debe ser administrada como un "recetario" y si los pacientes desean profundizar en una respuesta, deben ser animados para ello. Los clínicos también pueden recoger información de donde consideren apropiado. La administración de la EETR usualmente lleva entre 60 y 90 minutos.

No obstante, se debe reconocer las limitaciones de cualquier herramienta utilizada cuando se conduce una valoración psicológica con candidatos a trasplante renal. Aunque la toma de decisiones para un trasplante no debe basarse únicamente en pruebas psicológicas, estas pueden proporcionar información clínica útil que posteriormente sea explorada en la entrevista. Por ejemplo, aunque el alto puntaje en algún inventario de depresión no sea utilizado para excluir a una persona de trasplantarse, el impacto de la depresión sobre la habilidad del candidato para cumplir con un régimen médico debe ser explorado.

Toda la información recogida a través de la EETR y pruebas psicométricas, se utilizan para redactar un reporte bien conciso y sintetizado acerca del estado psicológico de los pacientes a trasplantarse. Esta información se utilizará para guiar la presentación de los clínicos en los comités interdisciplinarios donde se toman decisiones acerca de la pertinencia de los pacientes para ser trasplantados. Los cirujanos y otros miembros del equipo parecen apreciar la naturaleza comprensiva de estas evaluaciones psicológicas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## *Implicaciones para la Investigación*

La EETR puede ser utilizada como una herramienta de investigación valiosa, ya que proporciona un método para recolectar información de los pacientes y contextos en una manera sistemática y estandarizada. Además, la mayoría de las respuestas están codificadas numéricamente para ser administradas.

Tener información que es recogida y codificada de esta manera sistemática, facilita la entrada de tal información a una base de datos.

Las decisiones críticas concernientes a la distribución renal no deben hacerse en ausencia de evidencia empírica. Algunas de las investigaciones en esta área han subrayado la importancia de utilizar cuidadosamente hechos corroborados empíricamente al momento de la toma de decisiones sobre la asignación renal.

Contar con una entrevista estructurada, como la EETR, ayuda a generar la investigación necesaria para facilitar la habilidad de un clínico en la toma de decisiones sobre la asignación de órganos.

Debe mencionarse que este instrumento fue concebido con el propósito de recolectar información de una manera sistemática, pero no concebido para medir un constructo psicológico en particular. Por esta razón, no se llevaron a cabo análisis de validación.

### **Desarrollo de la EETR**

La EETR se elaboró mientras se trabajaba con pacientes trasplantados. Algunos profesionales de diferentes áreas (psiquiatría, cirugía de trasplante, nefrología y medicina conductual), intervinieron en el contenido del instrumento. Este apartado hablará sobre los contenidos específicos de la EETR; sin embargo, es necesario mencionar antes el criterio psicológico de inclusión para trasplante renal en el Hospital Juárez de México, el cual ayudará a determinar si un paciente es apto o no para el trasplante.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal

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

El receptor requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Ser consciente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
- 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 el Diario Oficial).
- Tener adherencia a los tratamientos.
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX).
- No tener síntomas-cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos).
- Tener enfrentamiento para tolerar el aislamiento.

El donador requiere:

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

Con el fin de recabar información para identificar si los pacientes cumplen con los criterios mencionados, se elaboró la EETR para el donador y receptor (ya sea en el Protocolo de Donador Vivo Relacionado o de Donación Cadavérica). En los apéndices se muestran cada una de estas entrevistas que pueden utilizarse como apoyo en la entrevista y no como cuestionario de pregunta-respuesta; es decir, el profesional de la salud mental deberá hacer uso de las habilidades clínicas que se requieren para una entrevista cognitivo-conductual

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

#### *Valoración psicológica del receptor y donador*

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 es aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión y la relación familiar. Con respecto al donador, también se busca valorar la capacidad de comprensión, motivación para donar y aspectos familiares.

#### **Diagnóstico psicológico:**

La obtención del diagnóstico se obtiene después de identificar que tanto el donador como el receptor cumplan con los criterios de inclusión. 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; en lugar de la anterior 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. Fitzpatrick (1999) señala que en todo momento habrá que recordar los aspectos fisiológicos de la IRCT 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 área de Psicología en el Servicio de Trasplante Renal, es que el paciente se apto psicológicamente para el trasplante.

A continuación se citan las diferentes áreas en la EETR con una breve descripción de cada una de ellas; la descripción en cada uno de los apartados inicialmente hace alusión a la EETR para los pacientes receptores en Protocolo de Trasplante Renal por Donador Vivo Relacionado (PTRDVR) y en Protocolo de Donación Cadavérica (PTRCD), y al final aborda algunos puntos específicos a la EETR para los pacientes donadores dentro del PTRDVR.

1. **Información Sociodemográfica:** en esta sección se reúne información demográfica básica, con 15 reactivos en total. Se obtiene información tal como edad, género, persona que siempre sabe como contactar al paciente, etc.
2. **Comprensión de la Enfermedad:** uno de los factores más importantes para la evaluación psicológica es el rubro de la 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 (Peña-Casanova y Barraquer, 1991).

Para el caso de la evaluación en trasplante renal, la aplicación de estos conceptos se realiza a través del interrogatorio durante la entrevista, tanto al receptor como al donador. Una vez que han recibido información adecuada y suficiente, los pacientes deberán ser capaces de explicar en forma concreta, clara, secuencial y en sus propias palabras dicha información. Además, durante la entrevista el paciente será capaz de expresar alternativas de respuestas adecuadas y congruentes con la forma en que reaccionará para afrontar distintos riesgos de trasplante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta sección pertenece a los criterios sustantivos (criterios inherentes al trasplante renal mismo) y contiene 23 reactivos que se enfocan en la comprensión del paciente sobre su enfermedad renal, su régimen médico y dialítico actual, y su comprensión sobre el procedimiento de trasplante (todos estos puntos también son valorados en los pacientes donadores dentro del PTRDVR). Los pacientes receptores responden preguntas acerca de cuando fueron diagnosticados con insuficiencia renal, la etiología de su enfermedad y los diagnósticos médicos adicionales que pueden tener. Se obtiene información sobre su régimen de diálisis, incluyendo cuando ésta fue iniciada y el tipo de la misma. Aunado a la obtención de los reportes del paciente, también se toma en cuenta los reportes del staff médico. Esto proporciona al psicólogo la oportunidad de corregir cualquier información mal reportada.

La siguiente parte de esta sección se enfoca en el conocimiento y cumplimiento del paciente sobre su régimen médico renal. Su conocimiento acerca de sus medicamentos y dieta renal se califica con una escala de 5 puntos que va de 1 (Pobre) a 5 (Excelente). Aunado a esto, se les pide a los pacientes autoreportes con las mismas calificaciones mencionadas anteriormente sobre su cumplimiento con su dieta, medicamentos y citas. Debido a que los autoreportes no son del todo confiables, el reporte del paciente es corroborado con reportes del staff médico. Estas primeras dos partes de esta sección ayudan al psicólogo a valorar al paciente sobre que tan bien los pacientes entienden su régimen actual y que tanto han cumplido con el tratamiento.

La relación entre el cumplimiento y los varios aspectos del régimen médico y el cumplimiento a futuro con el régimen del trasplante es muy complicado. El cumplimiento pasado no necesariamente predice el éxito futuro ante el trasplante. Además, la confiabilidad de los autoreportes puede ser cuestionable. Sin embargo, la información sobre el cumplimiento puede ser útil al valorar factores que pueden poner en riesgo a un receptor de trasplante. La última parte de esta sección se enfoca en el procedimiento del trasplante. Se califica el conocimiento del paciente acerca de varios aspectos del régimen de trasplante (medicamentos, riesgos asociados con el trasplante, periodo postoperatorio). Esta sección permite al psicólogo determinar si el paciente está debidamente informado y entiende completamente el procedimiento del trasplante. Para ayudar al entrevistador se incluyen respuestas cortas en algunas de las preguntas (aparecen en letras cursivas)

Dadas las características de la población que acude al Hospital Juárez (baja escolaridad, déficits cognoscitivos relacionados con la enfermedad o diálisis, factores

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

socioeconómicos) se recomienda cuestionar dicha información en forma concreta y en palabras familiares al paciente. inclusive hacer uso de estrategias visuales y espaciales.

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

En relación a los pacientes donadores en el PTRDVR, 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 como 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.

3. **Factores Implicados:** Esta sección también pertenece a los criterios sustantivos; contiene 24 reactivas que se enfocan en la aceptación de la enfermedad renal, la motivación y aceptación voluntaria para trasplantarse, así como la adquisición del órgano. No debe olvidarse que en el caso de los pacientes donadores dentro del PTRDVR, se valora también su motivación para donar. En cuanto a la aceptación de la enfermedad en los receptores (los primeros 6 reactivos la abordan), esto significa que el paciente conoce y asume la responsabilidad que se obtiene al recibir un diagnóstico. Cuando el paciente es diagnosticado con IRCT, dicha noticia provocará distintos cambios en diversas áreas de la vida del paciente y por lo tanto modificarán sus actividades cotidianas. Tales cambios en dichas actividades incluyen (Fitzgerald, 2000, p. 216-219):

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

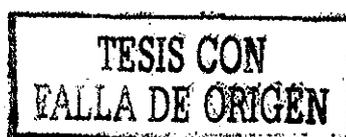
- **El aspecto laboral:** se relaciona directamente con la productividad económica. En el caso de que el paciente haya aceptado su enfermedad, se espera que considere el tiempo que le implica la diálisis para seguir trabajando o en su defecto, para suspender actividades laborales. Si ocurriera esto último, hay que explorar la forma en que la familia ayuda económicamente al paciente.
- **El aspecto escolar:** es frecuente que los pacientes tengan que suspender sus estudios debido principalmente al tiempo que implica la realización de la diálisis o hemodiálisis. En dicho caso, deben explorarse las consecuencias que esto ha traído al paciente y las evaluaciones que hace de la situación.
- **El aspecto social:** la enfermedad suele tener efectos en la relación del paciente con sus padres, hermanos, hijos, familia extensa y los amigos. Frecuentemente disminuye la autonomía del paciente aumentando su dependencia. El psicólogo necesita valorar de que forma la enfermedad ha afectado la vida social del paciente y como se está enfrentado la situación.

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.

La segunda parte de esta sección se enfoca a la 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). La motivación lleva a iniciar el comportamiento, sostenerlo, adquirir ciertas respuestas y 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 poca motivación 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 como lo son la valoración social, médica y psicológica. Pero una pieza fundamental para que se realice el trasplante es la adherencia terapéutica que tenga el paciente.



De igual manera, los pacientes donadores dentro del PTRDVR también son valorados pero en relación a su 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 Art. 16. Fracc. 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. Para ello, en la EETR de este protocolo, se cuestionan algunas preguntas cuya finalidad es identificar que factores han llevado al paciente a la decisión de donar un riñón.

Volviendo a los pacientes receptores de ambos protocolos, la tercera parte de esta sección habla de la aceptación 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 (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.

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

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

La última parte de esta sección es la 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.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el caso de los pacientes receptores que se encuentran en el PTRDC, existen puntos específicos en su EETR (Sensibilización para el Paciente). El Servicio de Trasplante Renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991. De dicha fecha al año 2000, se han 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 81 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 PTRDC sobre las posibilidades que existen para el trasplante. Para lograr tal fin, se incluyen algunas preguntas en la EETR para este protocolo, las cuales pretenden sensibilizar al paciente llevándolo de una etapa de precontemplación a la contemplación (Prochaska y Diclemente, 1982; citado en Miller y Rollnick, 1991).

4. **Aspectos Familiares:** existen 7 reactivos en esta sección. Se valora a los miembros de la familia del paciente y la calidad de relación que tiene éste con aquellos. La valoración de las relaciones familiares busca determinar que no existan conflictos que puedan poner en riesgo la realización del trasplante y el periodo postoperatorio. Lo que se espere es que, en el mejor de los casos, la red familiar apoye al donador y al receptor antes, durante y después del trasplante en diferentes aspectos, incluyendo el apoyo emocional, instrumental y material (Barrón, 1996). Debe recabarse información sobre quien o quienes cuidan al paciente, quien le ayuda a realizar su diálisis y quien constituye un apoyo ante las preocupaciones de la salud del paciente.

Al entrevistar al donador o al receptor por separado, pueden surgir distintas inquietudes; por ejemplo el psicólogo puede encontrar que el donador está siendo coaccionado para donar por alguno de los miembros de la familia. 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 puede realizarse el trasplante. Para realizar una valoración familiar es posible apoyarse en un genograma, el cual es un dibujo que permite representar información sobre la familia y sus relaciones de manera rápida (McGoldrick y Gerson, 1985).

5. **Historia Psiquiátrica:** esta sección de 13 reactivos valora primeramente el autoreporte sobre el historial psicopatológico, tratamiento psiquiátrico y abuso de sustancias del paciente. Segundo, valora la historia psiquiátrica y uso de sustancias en la familia del paciente.

6. **Enfrentamiento / Estilo de Personalidad:** esta sección de 6 reactivos valora los recursos de apoyo con los que cuenta el paciente. Los pacientes describen su situación de vida y reportan quienes le dan apoyo emocional y quienes posiblemente le darán apoyo funcional durante el periodo postoperatorio.

Además, se busca identificar las estrategias adaptativas conductuales del paciente, aunado a un autoreporte sobre sus actividades en un "día típico". Los psicólogos pueden utilizar esta sección para aprender sobre las estrategias de enfrentamiento y recursos de los pacientes. Esto es muy importante ante el hecho de que someterse al procedimiento de trasplante puede ser un proceso muy demandante y estresante. Goldman, H. (1999).

7. **Examen Mental:** existen 19 reactivos incluidos en el examen mental. Se valora la orientación, estado de ánimo, sueño, nivel de energía, ideación suicida y homicida, y sintomatología psicótica posible en el paciente, esto durante la entrevista.

8. **Pruebas Psicológicas:** esta penúltima sección proporciona al psicólogo un espacio para reportar información obtenida de pruebas psicológicas (personalidad, funcionamiento psicológico y adherencia al tratamiento). Esta sección no es parte de la entrevista clínica, pero puede ser utilizada para guiar al psicólogo sobre que otra información relevante debe obtenerse.

A continuación se describen las características de cada una de las pruebas psicológicas que acompañan a la EETR en la valoración de pacientes en el Protocolo de

Trasplante Renal del Hospital Juárez de México:

#### **Personalidad**

- *16 FP* .-

#### **Funcionamiento psicológico**

- *Escala de Hamilton para Depresión* .-
- *IDARE* .-

#### **Adherencia terapéutica**

- *Escala de Adherencia Terapéutica en la IRCT* .-

**9 Información Médica Adicional:** esta última sección registra valores de laboratorio (creatinina, nitrógeno uréico, urea, fósforo, potasio y albúmina) y medicamentos en el paciente al momento en que es captado por el área de psicología. Como se mencionó en el inciso anterior, esta sección tampoco es parte de la entrevista clínica, pero puede ser utilizada para guiar al psicólogo sobre que otra información relevante debe obtenerse.

Todo esto en conjunto, habla de lo que la EETR aborda al momento de valorar a los posibles receptores y donadores de trasplante renal en el Hospital Juárez de México; se trata pues de que tales pacientes reúnan los criterios psicológicos de inclusión. Sin embargo, también existen implicaciones puramente éticas y legales asociadas con la toma de decisiones concernientes a la asignación de órganos. De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes en México, es importante para los clínicos utilizar su conocimiento sobre las conductas para mejorar el espectro de las opciones de tratamiento en los pacientes crónicos necesitados de trasplante renal. Los clínicos pueden hacer esto expandiendo su rol más allá de ayudar en la determinación de asignación de órganos a partir de criterios estrictamente psicológicos; también deben proporcionar información para ayudar a los pacientes a que sean donadores y receptores de trasplante más adecuados.

El inciso "B" en la EETR hace énfasis en la información que el paciente posee sobre la enfermedad renal, el régimen médico y dialítico actual, y su comprensión sobre el procedimiento de trasplante. Los pacientes responden preguntas acerca de cuando fue diagnosticada la insuficiencia renal, la etiología de la enfermedad y los diagnósticos médicos adicionales que pueden existir. Se obtiene información sobre el régimen de diálisis, incluyendo cuando ésta fue iniciada y el tipo de la misma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Toda esta información busca valorar la comprensión del paciente ante la enfermedad crónico-degenerativa. Sin embargo, a partir de las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan al Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México, es común identificar que los conocimientos en donadores y receptores es pobre y en muchas ocasiones ignoran por completo lo relacionado a la IRCT en sí, y al procedimiento de trasplante. El conocer cabalmente estos aspectos tiene profunda relevancia cuando se llega el momento en que receptores y donadores de órganos tengan que proporcionar su autorización para ser sometidos a estudios, tratamientos, cirugías, etc.

El Receptor debe comprender y estar consciente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV), mientras que el donador debe tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como posibilidades de éxito para el receptor (art. 16, Fracc. IV). Se trata de que ambas partes estén plenamente conscientes de la experiencia que vivirán como donadores y receptores de órganos en una institución de salud.

En resumen, esto significa valorar en un plano adicional el tema específico de comprensión de la enfermedad, estudios, tratamientos, cirugías, etc. La pregunta es ¿cómo se valoran tales aspectos meramente cognitivos y de carácter legal?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Consentimiento Informado Cualificado

Para valorar la comprensión con fines legales en receptores y donadores de órganos este punto no es un problema técnico de tipo psicométrico (no se utilizan pruebas psicológicas para abordarlo), sino se utiliza lo que en Medicina Conductual se define como Consentimiento Informado Cualificado (CIC), donde lo que se busca es certificar que un paciente comprendió la explicación de quien le informe respecto de riesgos y conveniencia de donación, trasplante, etc., y por supuesto llegar a autorizar los dos últimos habiendo entendido de que se trata. El CIC es ante todo un documento de carácter legal el cual se utiliza desde hace dos décadas en los hospitales de todos los países industrializados del mundo; por supuesto, la aceptación final consiste en una firma de consentimiento.

### **El Documento de CIC**

El documento de CIC es un soporte documental de un proceso que debe ser GRADUAL y CONTÍNUO dentro de la relación médico-paciente. Su propio nombre implica 3 características: Voluntariedad, Información y Cualificación.

#### **Voluntariedad:**

- La voluntariedad se define como elección sin impulso externo que obligue.
- Está en función de la percepción subjetiva de cada paciente y de su propia escala de valores. Se trata de respetar su AUTONOMÍA.
- Pueden existir algunas "perversiones" en el CIC que hagan que no se respete la voluntad del paciente. Las "perversiones" más frecuentes:
  - Persuasión: no se le da elección.
  - Coacción: amenaza explícita o implícita.
  - Manipulación: distorsión de la información: deben evitarse informaciones sesgadas.

#### **Información:**

La información presentada en un Consentimiento Informado varía en función de la legislación en salud correspondiente a cada país. Por supuesto toda comprensión y aceptación final de la información consistiría en una firma de consentimiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Cualificación:**

Este punto indica que la información y apoyo involucrados en el proceso gradual y continuo de la relación médico-paciente, será proporcionada por personal cualificado correspondiente al servicio en función.

### **Aspectos Operativos del CIC**

¿ Cuándo es necesario un CIC?:

1. El consentimiento es necesario en cualquier relación médico-paciente.
2. El consentimiento forma parte de la interacción entre el médico y paciente, a medida que el diagnóstico y tratamiento son discutidos.
3. Para procedimientos/tratamientos importantes que involucran riesgos al paciente o elección de tratamientos alternativos, un documento preliminar informativo específico debe elaborarse por escrito.

Se debe proporcionar un cuidado especial a un CIC:

1. Cuando cualquier cambio de tratamiento involucra un riesgo adicional.
2. Cuando cualquier paciente razonable quiera saber sobre detalles adicionales de un tratamiento.
3. Cuando cualquier cambio importante en el estado de salud del paciente es evidente.

El Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México cuenta con dos documentos de Consentimiento Informado:

- Acta de Autorización para Donación de Riñón y Trasplante del Mismo (ver Anexos).
- Acta de Responsabilidad Familiar (ver Anexos).

Para firmar un CIC sobre cualquier procedimiento o tratamiento, el paciente debe entender:

1. La naturaleza de su condición.
2. Los posibles beneficios y riesgos del tratamiento recomendado.
3. Tratamiento alternativos con sus posibles riesgos y beneficios.
4. El pronóstico de vida si la condición deja de ser tratada médicamente.

En relación a éste último punto y en función del concepto mismo de CIC, es recomendable recurrir a un documento informativo escrito preliminar a la firma misma del CIC cuando se trata de procedimientos invasivos o que conllevan riesgos notorios. Este documento preliminar tiene fines ante todo informativos y está dirigido a los pacientes. Tal documento debe formar parte del expediente médico el cual servirá como referencia

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

principal para abordar la manera en que el paciente comprende su situación médica. Tal documento puede ser llevado a casa por el paciente para su estudio.

Con tal información en mano se cita a los pacientes para que mediante un "debriefing" se les pueda comunicar y retroalimentar en términos muy sencillos, pero ajustados a su realidad médica, las opciones y los términos de la solicitud o conveniencia de donación, trasplante, etc. Se recomienda que tal documento preliminar incluya los siguientes apartados:

- Datos suficientes sobre la naturaleza y origen del proceso.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento.
- Beneficios esperados
- Molestias previsibles y posibles riesgos: riesgos típicos y consecuencias seguras.
- Espacio en blanco para riesgos personalizados.
- Procedimiento alternativo.
- Efectos esperados si no se hace nada.
- Disposición a aclarar dudas o ampliar información.
- Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Datos del enfermo.
- Datos del evaluador que informa.
- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información, y que se han aclarado sus dudas
- Fecha y firmas del evaluador y pacientes.
- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento.

**Nota:** se recomienda realizar un documento único para cada procedimiento.

La familia debe estar presente en la información cuando sea posible. Debe facilitarse que el paciente pueda llevar el documento a casa para estudiarlo y decidir. La retroalimentación de la información en el documento se da por medio de un "debriefing", el cual es una técnica específica diseñada para asistir a otras personas en su recuperación de síntomas físicos o psicológicos generalmente asociados a eventos críticos (eventos que poseen un impacto estresante suficiente para deteriorar las habilidades de enfrentamiento de un individuo o grupo).

El "debriefing" permite a las personas involucradas a procesar el evento crítico y expresar su impacto. El "debriefing":

- No es terapia o sustituto de la misma.
- Es un proceso grupal de discusión diseñado para reducir el estrés y aumentar la recuperación del mismo. Se basa en los principios de educación e intervención en crisis
- No resuelve todos los problemas presentados durante la sesión, por lo que es necesario en ocasiones referir a los individuos para un tratamiento propiamente.

La retroalimentación de la información a partir del "debriefing" debe hacerse teniendo en cuenta:

- Momento adecuado: evitar que el enfermo esté sedado, dolorido, en preparación para una prueba, justo antes de la misma, desvalido.
- Lugar adecuado: a ser posible en un despacho o cubículo; evitar informar en los pasillos o en la misma sala de exploraciones o tratamiento (el paciente puede sentirse coaccionado).
- Persona adecuada: ha de ser una persona representativa para el enfermo; puede ser un médico o integrante del staff. Además puede servir como un primer paso de relación de confianza entre el paciente y el staff médico.
- Tiempo para meditar: se recomienda dar al menos 24 horas, dejando que se lleve el documento para consultarlo con la familia.
- Preguntas para asegurarse de que ha comprendido.

Los riesgos también deben informarse:

- Consecuencias seguras: aquellas que se producirán como consecuencia del procedimiento en todos los casos.
- Riesgos típicos: son aquellos esperados en condiciones normales, conforme a la experiencia o en el estado actual de la ciencia. También se incluirán aquellas que, siendo infrecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de "muy graves" (Alta Materialidad  $\rightarrow M = \text{Gravedad} \times \text{Incidencia}$ , es decir, riesgos muy graves aunque poco frecuentes y riesgos leves pero muy frecuentes).
- Riesgos personalizados: según las circunstancias personales del paciente, como su estado de salud, edad, etc. Estos riesgos deben incluirse en el espacio en blanco que debe haber en el documento para este propósito.

Pueden existir algunas excepciones donde se obvie la realización de este documento preliminar bajo algunas circunstancias:

- Un problema de manejo del idioma, por ejemplo en el caso de pacientes integrantes de etnias indígenas con poca comprensión del castellano.
- Un retardo intelectual relativamente profundo que impidiera entender una explicación dada en términos NO técnicos ni médicos, pero basados en información médica.

**Nota:** Para ello se requerirá de los familiares o representante legal, el cual reciba la información y conceda su firma de consentimiento.

De igual manera, deben evitarse algunos errores en el documento preliminar:

- Tecnicismos: puede ser interesante filtrar el documento por personas ajenas a la salud, para ver si es comprensible.
- Omisiones: ocultar información "para no asustar".
- Excesivo detalle: puede producir angustia.
- Persona que lo aplica: debe aplicarlo el staff médico capacitado o bien informado, para aclarar dudas y que sea representativo para el paciente.
- Momento y lugar.
- Falta de tiempo para meditar.
- No dar posibilidad de cambiar de opinión.
- No dar otras alternativas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la cantidad de información que debe proporcionarse, es difícil proporcionarla en función de cada paciente y sus circunstancias, pero existe el consenso de que debe darse más información a mayor riesgo del procedimiento.

En ese sentido debe utilizarse para ello los criterios siguientes:

- Criterios de la "persona razonable": esto en función del concepto de materialidad.
- Criterio subjetivo: ponerse en el lugar del paciente, es decir, expresar la disposición a ampliar información.

En función de los puntos mencionados anteriormente, se encuentra en elaboración el documento informativo escrito preliminar a la firma del CIC, el cual se proporcionará a los pacientes al momento de captarlos.

A manera de conclusión, podemos decir que la valoración óptima de los pacientes renales en protocolo requiere el conocimiento de factores psicológicos y conductas de compromiso que impacten en los resultados. En conjunto a buenas habilidades de entrevista y a un bagaje conceptual en psicología, un clínico también debe estar enterado acerca del régimen médico renal y de los factores conductuales que puedan impactar el cumplimiento. En principio para evaluar al paciente como un candidato a trasplante, es importante conducir una valoración comprensiva del conocimiento y conductas del paciente relacionadas a la insuficiencia renal crónica y su potencial trasplante.

Actualmente no existe un protocolo estandarizado para evaluar candidatos a trasplante renal. La EETR fue desarrollada por profesionales que trabajan con esta población, con el fin de guiar a clínicos y para mejorar la estandarización del proceso de valoración. Es fácil de administrar y también flexible. La EETR no es costosa ni tediosa y no necesita de manuales o herramientas especiales.

La EETR también es muy útil para profesionales en entrenamiento o para aquellos menos experimentados con esta población. El instrumento sirve como una guía para personal en entrenamiento que conducen valoraciones sobre áreas importantes para investigar.

También existen implicaciones éticas y legales asociadas con la toma de decisiones concernientes a la asignación de órganos. De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes en México, es importante para los clínicos utilizar su conocimiento sobre las conductas para mejorar el espectro de las opciones de tratamiento.

en los pacientes crónicos necesitados de trasplante renal. Los clínicos pueden hacer esto expandiendo su rol más allá de ayudar en la determinación de asignación de recursos; también deben proporcionar información y recomendaciones conductuales para ayudar a los pacientes a que sean candidatos de trasplante más adecuados. Procediendo de este modo, el objetivo es valorar pacientes y rehabilitar a los mismos que de otro modo serían rechazados como candidatos. La información proporcionada por la EETR ayuda a los clínicos a formular recomendaciones conductuales para candidatos de trasplante de alto riesgo. Los candidatos de trasplantes de alto riesgo pueden beneficiarse de recomendaciones que les ayuden a optimizar su cuidado y maximizar su potencial de ser trasplantados exitosamente.

Actualmente existe una escasez crítica de riñones donados y la cantidad de tiempo que los candidatos potenciales esperan para un trasplante cada vez es más largo. Consecuentemente, en forma simultánea se ha incrementado más la importancia y dificultad para asignar riñones a los candidatos más apropiados. Para tomar estas decisiones, es importante asegurar que el paciente no solo es apto médicamente para el trasplante, sino también psicológicamente. Sin embargo, actualmente existe una relativa escasez de información empírica acerca de las variables psicológicas que mejor determinan los resultados del trasplante en términos de morbilidad, mortalidad y calidad de vida. A pesar de la escasa investigación, los clínicos están tomando mejores decisiones concernientes a la candidatura de los pacientes y a menudo utilizan diferente información sobre la cual basan sus decisiones. Dado este punto, es críticamente importante que un protocolo de valoración estandarizado se establezca para que información objetiva sea recolectada e investigada.

La EETR puede facilitar el desarrollo de los protocolos de investigación al proporcionar la estructura de una base de datos estandarizada, por lo que la investigación puede ser conducida para mejorar la toma de decisiones clínicas psicológicas en cuanto a la asignación de órganos renales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Referencias

- Barrón. A. (1996). Apoyo social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Davidoff, L. (1989) Psicología. Mc Graw Hill.
- Fitzgerald Miller, J. (2000). Coping With Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. Philadelphia: Davis Company.
- Fitzpatrick, R. (1990). La enfermedad como experiencia. México: F.C.E.
- Goldman, H. (1989). Psiquiatría General. México: El Manual Moderno.
- Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes. Diario Oficial de la Federación. Tomo DLX, No. 18. México, D.F.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). Genograma en la evaluación Familiar. España: Gedisa.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1991). La Entrevista Motivacional. España: Paidós.
- Peña-Casanova, J. Y Barraquer, B. (1991). Neuropsicología. Barcelona: Toray.
- Reglamento en Materia de Control Sanitario de la disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. (1996) Ley General de Salud. México: Porrúa.
- Ruiz, L. Vazquez, F. Corlay, I. Gracia, C. (1999) Psiquiatría y Trasplantes. Psiquiatría. Vol. 15. No. 3, Septiembre-Diciembre.
- Slaikew, Karl. (1989). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Conclusiones

La evaluación general acerca de las actividades desarrolladas dentro del Hospital Juárez después de 12 meses de trabajo muestra que los residentes de la maestría en medicina conductual del servicio de trasplante renal, hemos no solamente consolidado los objetivos del programa operativo de dicha residencia, sino que se han rebasado realizando propuestas que se han transformado en acciones que dirigen y dan pauta para formas de trabajo más dinámicas que permiten hacer más eficientes y estructuradas las labores que ahí se realizan.

Resulta pertinente señalar que las propuestas planteadas han sido dirigidas y supervisadas rigurosamente tanto por el supervisor insitu de la sede hospitalaria, el jefe de servicio de psiquiatría y los supervisores académicos de la maestría así como los tutores, por lo que los fundamentos teóricos y conceptuales que soportan dichos programas y propuestas son firmes y proporcionan una base estable, ejemplo de lo anterior es la modificación sustancial de las entrevistas estructuradas para los protocolos de trasplante de donador vivo relacionado y protocolo de trasplante cadavérico, así como el desarrollo del consentimiento informado cualificado que han sido descritos a lo largo de este reporte, es pertinente señalar que dichos documentos contienen elementos conceptuales derivados de la medicina conductual. Por otra parte, el incremento y fomento de las actividades académicas dentro de la sede hospitalaria, redondean y amplían la formación adquirida de los residentes de medicina conductual.

Adicionalmente, las competencias profesionales de los residentes en medicina conductual, han sido probadas constantemente, permitiendo con esto, corregir las deficiencias en la ejecución. Asimismo, el contacto directo y frecuente con la población hospitalaria, ha permitido pulir aquellas en las que existen déficits para obtener niveles aceptables que permitan mejorar el rendimiento y desempeño dentro de los escenarios hospitalarios. Finalmente podemos concluir que el programa de residencia que se ejecutó en el servicio de trasplante renal del Hospital Juárez, se ha desarrollado de manera favorable, aunque existen aspectos que necesitan ser adaptados para lograr una mayor eficiencia. Adicionalmente en la parte de anexos se incluyen los instrumentos desarrollados a lo largo de la segunda parte de este periodo de residencia, así como la lista de pacientes atendidos

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CONCLUSIONES

## Conclusiones y comentarios generales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El posgrado de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. desde mi punto de vista constituye una de las opciones de formación profesional mas completas para los profesionistas en Psicología quienes pretenden desarrollarse en el área de la salud dentro de ambientes hospitalarios.

La parte teórica de la residencia, corresponde a la Facultad de Psicología a través de los seminarios y talleres impartidos a lo largo del propedeútico, así como de las tutorías y supervisiones a lo largo de los cuatros semestres dentro de las sedes hospitalarias, sin embargo, aunque los esfuerzos a lo largo de mas de 10 años han permitido mejorar en forma sustancial el programa de maestría con residencia, es necesario señalar que aun existen deficiencias que es necesario corregir para mejorar la preparación de los futuros especialistas en este campo.

En lo que respecta a la parte práctica, esta se lleva acabo en las diversas sedes que para este fin destino la Secretaría de Salud junto con autoridades de la U.N.A.M., divididas en dos periodos de rotación de un año cada uno. En la parte final de este apartado se realizan algunas sugerencias sobre los dos puntos anteriormente citados.

El programa de Maestría en su parte práctica, pretende que los especialistas en medicina conductual, desarrollen dentro de escenarios hospitalarios, una serie de competencias profesionales que junto con las clases teóricas y el sistema de supervisión permitan abordar problemas específicos que surgen en las instituciones hospitalarias y que involucren la participación de un profesional con un perfil definido. Así mismo, pretende que los especialistas en medicina conductual desarrollen investigaciones, programas, talleres e instrumentos que faciliten, promuevan y hagan mas eficiente la intervención con los pacientes de las diversas poblaciones con las que tiene contacto dentro de los servicios en los que esta asignado.

Resulta conveniente comentar que la medicina conductual es un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica enfocado en la interacción del ambiente social y físico, la cognición, la conducta y la biología en la salud y la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

enfermedad. En medicina conductual se aplican técnicas basadas en el conocimiento de estas interacciones en la promoción de la salud, en la rehabilitación y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En este sentido las intervenciones realizadas por los especialistas en medicina conductual son un complemento del tratamiento médico tradicional, que se enfoca a diversas áreas como el dolor crónico, diabetes, obesidad, hipertensión, adicciones, etc.

Además es necesario señalar que las propuestas planteadas en las sedes hospitalarias donde se efectuaron las rotaciones fueron dirigidas y supervisadas rigurosamente, tanto por el supervisor insitu de la sede correspondiente, los jefes de servicio, así como por los supervisores académicos de la maestría y los tutores, por lo que los fundamentos teóricos y conceptuales que soportan los programas, investigaciones e instrumentos desarrollados durante el periodo de rotación, son firmes y se encuentran sobre bases estables.

Adicionalmente, podemos comentar que aunque existe un programa operativo de la residencia en Medicina Conductual, por lo menos en las sedes en las que realicé ambas rotaciones, fue necesario adaptar dicho programa de acuerdo a las necesidades de los servicios dentro de las sedes, a sugerencias de los jefes de servicio, a la infraestructura del hospital y a las poblaciones con las que se trabajó, tal acción fue evidente en el Hospital de Atizapan, ya que por ser una sede de nueva inclusión para las rotaciones de residentes, fue necesario reconsiderar y replantear algunos de los objetivos del programa operativo. No obstante las modificaciones realizadas al programa, los resultados fueron positivos, enriqueciendo sobre manera las actividades de los residentes que rotamos en esta sede.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Análisis por sede

### Hospital General de Atizapan

Haciendo un desglose de los periodos de rotación cursados. el primer periodo se llevo a cabo dentro del Hospital General de Atizapan. como ya se comentó en el apartado anterior. esta es una sede de nueva inclusión que por tal motivo y por las características propias de la sede. requirió replantear y realizar ajustes al programa operativo de la residencia en Medicina Conductual.

Tales ajustes redituaron en un programa que rebasó por mucho las metas y alcances del programa inicial. enriqueciendo las experiencias de los residentes que ahí rotamos. ya que se incursionó en áreas que no se contemplaron dentro del programa operativo inicial como: la prevención primaria o las conferencias a personal médico y paramédico sobre diversos tópicos relacionados con la medicina conductual, por citar solo algunos

En lo que respecta al trabajo realizado en esta sede por parte de los residentes en Medicina Conductual. este consistió principalmente en realizar intervenciones con los pacientes de los servicios de Medicina Interna y Cirugía. atendiendo emergencias psicológicas que coadyuvan a las intervenciones médicas. preparación de los pacientes en fase preoperatoria y postoperatoria, facilitar la adaptación de los pacientes al ambiente hospitalario etc. así mismo, se propuso la creación de un programa integral para la atención de pacientes diabéticos con el fin de disminuir la incidencia de complicaciones que presentan estos enfermos. Por otra parte. dentro del servicio de consulta externa se realizaron seguimientos de los pacientes de los servicios antes mencionados que así lo requerían. además se atendieron las interconsultas de los diferentes servicios que conforman el hospital.

Otro de los aspectos importantes a destacar dentro de esta primera rotación fueron las actividades académicas dentro de la sede. dichas actividades consistieron en:

- La asistencia a las sesiones generales donde son expuestos y discutidos tópicos relacionados a la salud por personal del hospital o por especialistas externos

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- La asistencia a seminarios conferencias o cursos sobre diversos tópicos de salud impartidos tanto por personal del hospital como de especialistas externos obteniendo constancia de participación.
- Participación como ponente en las sesiones generales del hospital con el tema: "La medicina conductual una apreciación Psicológica", obteniendo constancia de participación como ponente.
- Discusión de casos con el supervisor insitu.
- Pláticas de manejo de estrés al personal de enfermería del piso de cirugía

En cuanto a las metas alcanzadas dentro del primer periodo de rotación de la residencia dentro del Hospital de Atizapan, podemos señalar cinco:

- La creación de una hoja Psicológica del paciente, dentro del expediente clínico, donde se asienta la información y seguimiento del trabajo Psicológico.
- La creación de una entrevista Psicológica para facilitar la historia clínica del paciente.
- La colaboración en actividades que no formaban parte del programa operativo, pero que se consideran como una necesidad dentro de la institución, específicamente la colaboración en pláticas en la clínica del adolescente sobre dinámica familiar, sexualidad y promoción de la salud en general.
- El incremento de la consulta psicológica dentro de la sede en más de un 50%.
- El abrir espacios dentro de otros servicios del hospital para la inserción de nuevos residentes en medicina conductual.

Finalmente podemos concluir que el programa de residencia que se ejecutó en esta sede, se desarrolló de manera favorable, aunque existen aspectos que necesitan ser adaptados para lograr una mayor eficiencia.

En la parte de anexos correspondiente a este apartado se incluye un listado de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía del presente hospital.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Análisis por sede**  
**Hospital Juárez de México**

El segundo periodo de rotación de la residencia se llevo a cabo dentro del Hospital Juárez de México esta sede como señala el programa operativo, es una institución hospitalaria de tercer nivel. de manera más específica fui asignado al servicio de trasplante renal

No obstante que este servicio se percibe como uno de los mas organizados y en el cual existen antecedentes de generaciones previas de residentes, la constante y creciente demanda que supone la insuficiencia renal crónica, así como el surgimiento de nuevas problemáticas, fue necesario realizar algunos ajustes al programa operativo de la residencia con el fin de eficientar el trabajo y la productividad dentro del servicio.

Dentro de las actividades cotidianas y trabajo realizado por los residentes en medicina conductual dentro del Hospital Juárez de México se encontraban:

- Realizar valoraciones psicológicas de pacientes con IRCT para determinar que cumplieran con los criterios de inclusión para trasplantarse
- Intervenir en los pacientes con IRCT, con el fin de dotarlos de repertorios conductuales adecuados para transformarlos en candidatos aptos para trasplante.
- Dar apoyo psicológico a los pacientes internados para interconsultas y a pacientes en el periodo pre y postoperatorio.
- Reportar por escrito al Jefe del Servicio las valoraciones realizadas en los momentos que así se requiera.
- Tener actualizados los expedientes de Psicología con su respectiva nota.
- Mantener contacto constante con los pacientes para conocer y solucionar sus inquietudes acerca de los procedimientos y problemáticas psicológicas surgidas por la enfermedad.
- Elaborar y llevar a cabo propuestas de investigación que satisfagan las necesidades psicológicas de los pacientes del servicio. Esto requiere del visto bueno del Jefe de Servicio

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Adicionalmente la detección de necesidades dentro del servicio aunado a las propuestas de los residentes que ahí rotamos y cumpliendo con los objetivos del programa operativo que señala la elaboración de proyectos de investigación y programas se planteó la modificación sustancial de las entrevistas estructuradas para los protocolos de trasplante de donador vivo relacionado y protocolo de trasplante cadavérico, incluyendo la adaptación de una batería de pruebas que permite evaluar de manera mas completa y eficiente a los candidatos a donación y receptores de riñón. así como el desarrollo de un documento denominado consentimiento informado cualificado que ha sido descrito en el quinto capítulo de este reporte final de actividades. Es pertinente señalar que dichos documentos están sustentados en bases teóricas y elementos conceptuales derivados de la medicina conductual. así mismo fueron revisados y aprobados por el supervisores insitu, jefes de servicio, supervisores académicos y tutores

Por otra parte, el incremento y fomento de las actividades académicas dentro de la sede hospitalaria, redondearon y ampliaron la formación adquirida, permitiendo mejorar el rendimiento y desempeño dentro del servicio de trasplante renal. Dichas actividades consistieron principalmente en:

- Revisiones de material de apoyo para los residentes. así como revisión de casos junto con la supervisora insitu.
- Sesiones generales del servicio de psiquiatría y psicología en las que los residentes de la maestría presentamos los avances de los proyectos que se desarrollaban dentro de cada servicio.
- Exposiciones de tópicos relacionados con cada una de las áreas que conformamos el servicio (medicina, psicología y trabajo social).
- La asistencia a seminarios y conferencias sobre diversos tópicos de salud impartidos tanto por personal del hospital como de especialistas externos.
- Revisión bibliográfica que sustentaron el trabajo de intervención psicológica.

En cuanto a las metas alcanzadas dentro del segundo periodo de rotación de la residencia dentro del Hospital Juárez de México. podemos señalar lo siguiente:

- La creación de una entrevista estructurada para la valoración de candidatos a donadores y receptores de riñón

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- La creación de un consentimiento informado cualificado que contempla aspectos psicológicos
- La creación de programas para apoyar a los pacientes en la fase postoperatoria de aislamiento.
- La colaboración en actividades que no formaban parte del programa operativo pero que se consideran como una necesidad dentro de la institución. específicamente la colaboración en la promoción de trasplante de órganos a través de pláticas dentro del hospital a la población general
- El abrir espacios dentro de otros servicios del hospital para la inserción de nuevos residentes en medicina conductual.

Una evaluación general acerca de las actividades desarrolladas dentro del Hospital Juárez. nos permite concluir que el programa operativo se desarrolló en forma consistente. alcanzando las metas y objetivos que este plantea.

En lo que respecta a las competencias profesionales de los residentes en medicina conductual, estas fueron probadas constantemente. permitiendo con esto corregir las deficiencias en la ejecución. logrando obtener niveles aceptables que permitieron mejorar el rendimiento y desempeño dentro de los servicios de las sedes hospitalarias.

En la parte de anexos correspondiente a este apartado se incluye un listado de los pacientes atendidos en el servicio de trasplante renal del presente hospital.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Sugerencias y recomendaciones

Las sugerencias y recomendaciones presentadas a continuación, van dirigidas a las dos fases que pueden distinguirse dentro de la parte de residencia y que corresponden al propedeutico y los periodos de rotación en las sedes hospitalarias.

En lo que respecta a la parte de propedeutico, la mayoría de los seminarios y talleres aportan conocimiento nuevo, sin embargo, considero que en algunos casos fue poco el tiempo destinado para revisar algunos puntos que probablemente requerían más atención, por lo que resultaría pertinente dar continuidad a la revisión de materiales que apoyen y sustenten la parte de intervención psicológica en las poblaciones de los diferentes servicios en donde se asignan a los residentes.

Adicionalmente, podemos comentar que el ampliar la parte práctica dentro de los talleres y seminarios, enriquecería y mejoraría la comprensión de los contenidos de los materiales revisados durante la parte teórica.

Dentro de las recomendaciones pertinentes para futuras inducciones de los especialistas en medicina conductual a los centros hospitalarios, se puede citar lo siguiente:

- El explicar de manera exhaustiva tanto a los jefes de enseñanza como a los jefes de servicio las actividades, así como el plan operativo que se realizará dentro de las unidades hospitalarias, con el fin de delimitar de la manera más explícita posible las actividades de los profesionales en Psicología.
- Planear las rotaciones de los residentes en medicina conductual de manera que dentro de las sedes se encuentre un residente de primer ingreso (R1) y uno de segundo año (R2), para que exista un periodo de inducción más corto, una adaptación más rápida, continuidad de los programas, cursos o talleres que se impartan en los diversos escenarios, y principalmente para que se consoliden de manera definitiva, los espacios que poco a poco se han ido ganando. Adicionalmente, la experiencia de los residentes de 2 año, puede hacer más rápida la adaptación al nuevo ambiente de trabajo de los residentes de 1 año, en los diversos escenarios, así mismo esto posibilitaría conocer diferentes

alternativas de trabajo y proporcionar opciones diversas que le permitan al residente identificarse con aquellas de mayor interés

- Otro aspecto importante se refiere a la supervisión de las actividades de los residentes por parte de los supervisores académicos de las sedes un mejor diseño de las supervisiones haría mas eficiente la relación de los residentes con el supervisor académico. ya que por momentos esta es rebasada por la exigencia de trabajo de algunas de las sedes
- Asimismo sería pertinente contar con una preparación propedeútica de los supervisores insitu de las sedes hospitalarias ya que esto permitiría facilitar el desarrollo del plan operativo de la residencia. así como una mejor interacción con los residentes que ahí laboran.
- Desde un muy particular punto de vista considero que se deben de realizar sesiones clínicas de manera regular, pero exclusivamente entre profesionales de la psicología, esto debido a por lo menos cuatro consideraciones básicas:
  1. Dentro de las sedes hospitalarias donde roté como residente las intervenciones de un profesional en psicología, generalmente eran evaluadas o cuestionadas, por médicos psiquiatras que aun teniendo conocimiento sobre algunos elementos del área, no son los mejores peritos para evaluar la aplicación de un procedimiento o una intervención psicológica
  2. Aunque los residentes en medicina conductual cuenten con supervisores que revisen el trabajo que realizan, bien vale la pena discutir los abordajes que uno u otro recomienden para un caso, con el fin de aportar comentarios y experiencias que enriquezcan dichos casos.
  3. Las sesiones clínicas permiten unificar los criterios, logrando con esto abordar los problemas de manera más efectiva.
  4. Las sesiones clínicas, enriquecen con experiencia a quienes participan en ellas.
- Finalmente sería favorable explicitar las funciones de las autoridades que regulan el funcionamiento de la maestría tanto por parte de la U.N.A.M. como de las autoridades de la Secretaría de Salud con el fin de evitar confusiones que interfieran con el desempeño de actividades dentro de la residencia

# CASO CLÍNICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Descripción de la enfermedad

La insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad lenta y progresiva, que consiste en la disminución de la función renal, que evoluciona hacia la acumulación de productos metabólicos de desecho en la sangre. Las lesiones producidas en los riñones pueden ser producidas por nefropatía, glomerulonefritis, o ser secundarias a otra enfermedad como diabetes, lupus, etc., pudiendo producir daños irreversibles. El deterioro en la función renal puede cursar asintomático, solo las pruebas de laboratorio pueden evidenciar cambios en los incrementos de material de desecho, principalmente la urea y la creatinina.

La necesidad frecuente de orinar es uno de los síntomas frecuentes en estadios iniciales, aunque en otros pacientes se pueden dar incrementos de la tensión arterial. A medida que la enfermedad avanza el incremento de sustancias tóxicas en la sangre, produce fatiga, pesadez generalizada y cansancio. También puede experimentarse una sensación de hormigueo o pérdida de la sensibilidad en las extremidades.

El diagnóstico de insuficiencia renal generalmente se realiza a través de una prueba de sangre, la insuficiencia renal generalmente cambia el equilibrio que mantiene la sangre, tornándola más ácida, el pronóstico de la enfermedad tiende a agravarse independientemente del tratamiento.

Los procedimientos para compensar la función renal son principalmente dos: la diálisis y la hemodiálisis. El primer procedimiento tiene como objetivo la extracción de productos de desechos y la eliminación del exceso de agua a través de una sustancia glucosada, el segundo procedimiento extrae la sangre del cuerpo y la pasa a un aparato que filtra las sustancias de desecho, devolviendo la sangre purificada.

Cuando alguno de los procedimientos anteriormente citados ya no compensa la función renal, generalmente se prescribe el trasplante de riñón, este evento quirúrgico incluso puede ser prescrito en los primeros estadios de la enfermedad, sin embargo, la preparación para tal evento, así como las condiciones inmediatas que se derivan impactan en el paciente a diferentes niveles, siendo el psicológico uno de los más importantes antes y después del evento quirúrgico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Descripción del protocolo de Trasplante Renal

Establecido el diagnóstico de IRCT por el nefrólogo o especialista de trasplante, se sugiere la medida terapéutica más conveniente sea esta la diálisis hemodiálisis o el trasplante renal. Si la aproximación sugerida corresponde al trasplante renal, el paciente ingresa a protocolo de trasplante.

El primer paso consiste en realizar una entrevista con el jefe de servicio y el equipo de trasplante. Esta reunión requiere la presencia de familiares cercanos quienes apoyarán durante el proceso de protocolo. El objetivo de esta primera entrevista es conocer al equipo de trasplante, quienes describen que es y que implica un trasplante renal, así como resolver algunas dudas que puedan surgir. Así mismo se intenta establecer si existen posibles candidatos dentro del núcleo familiar para la donación del órgano. En el caso de establecer algún candidato se determina la compatibilidad de donador y receptor. Si el resultado es positivo se inicia con el estudio de la pareja (donador-receptor) por los diferentes especialistas que conforman el equipo de trasplante: nefrólogos, cirujanos de trasplantes, psicólogos y trabajadoras sociales.

Los nefrólogos son médicos especialistas en enfermedades renales, ellos valoran la condición renal, proporcionando un tratamiento adecuado que permitirá mantener en las mejores condiciones posibles al paciente mientras se lleva a cabo el protocolo de trasplante, así mismo, intervienen en seguimiento posterior al trasplante.

Los cirujanos de trasplante son médicos especialistas en técnicas quirúrgicas de Cirugía General y en técnicas relacionadas a trasplantes de órganos. Ellos hacen las fístulas arteriovenosas, colocan los catéteres de diálisis peritoneal y realizan el implante del órgano, participan de manera activa en tu cuidado postoperatorio y control externo.

El psicólogo participa en la valoración de los candidatos a trasplante y de los donadores, colabora en la preparación de dichos candidatos para el evento quirúrgico y apoya durante la fase de posttrasplante ya que la magnitud de este evento requiere de un constante apoyo y seguimiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Las trabajadoras sociales son especialistas en manejar los aspectos familiares de los pacientes y participan en la evaluación integral de los aspectos sociales, relacionados con la familia de los candidatos a trasplante.

Todos los pacientes que ingresan a los protocolos de trasplante son estudiados de manera exhaustiva para garantizar que cuentan con las características mínimas necesarias para tener un trasplante exitoso. en el caso de que el paciente cuente con un donador el protocolo se denomina de DONADOR VIVO RELACIONADO sin embargo, si no existe donador dentro de la familia el paciente ingresa al protocolo de DONADOR CADAVERÍCO en el que es registrado en una lista de espera hasta obtener el beneficio de una donación. no obstante, existe un número de pacientes que debido a diferentes factores no podrán llegar a ser trasplantados. dentro de estos factores podemos mencionar: el no contar con donadores compatibles, deterioro muy severo que contraindique el trasplante, otras enfermedades que imposibiliten la aceptación del injerto etc. Es pertinente señalar que en el caso que de que alguna de las especialidades detecte algún elemento o situación que contraindique el trasplante el protocolo es suspendido

Tanto en un protocolo como en otro, el paciente debe de cumplir en lo que respecta a la parte médica con los estudios de gabinete, de laboratorio e interconsultas de los diferentes servicios, en cuanto a la parte psicológica; el paciente debe cumplir con la valoración psicológica, las sesiones con el grupo de trasplante del hospital así como con la fase de preparación para el periodo de aislamiento y en cuanto a trabajo social, cumplir con la documentación legal en el caso de protocolo de donador vivo relacionado y con la visita domiciliaria

Finalmente los estudios proporcionados por las tres áreas, son evaluados en un subcomite de trasplantes, conformado por especialistas de diversas disciplinas médicas; quienes, de acuerdo a la conclusión de los estudios determina la viabilidad del trasplante. en caso de no dar un visto bueno, se retoma el protocolo en la parte que presente problemas y se corrigen las deficiencias, se cita nuevamente al subcomite y si el caso es aprobado se convoca a un comité de trasplante donde se describen las conclusiones de los estudios y especialista y autoridades del hospital votan para establecer si el caso es aprobado o no para el trasplante. Si el resultado es positivo se establece la fecha del mismo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Caso clínico

### Ficha de identificación

#### **Datos Generales**

Paciente : C C H  
Edad : 22 años  
Sexo : Femenino  
Edo Civil : Soltera  
Escolaridad : 3er semestre de Trabajo social  
Religión : Católica  
Ocupación : Recepcionista  
Lugar de Origen: : Estado de México  
Lugar de Residencia : calle 6 # 55 col. Estado de México  
Numero de hermanos: 5  
Lugar que ocupa : 5°  
Diagnóstico : Insuficiencia Renal Crónica Terminal  
Expediente : 30 11 21  
Ingreso al servicio : Agosto de 1998

#### **Motivo de consulta**

Paciente femenino en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico desde 1998, que acude a visita de rutina con el equipo de trasplante renal para actualización de estudios y de expediente psicológico, refiere sintomatología ansiosa, preocupación por consecuencias posteriores al evento quirúrgico (miedo al periodo de aislamiento), problemas en el núcleo primario.

#### **Impresión y Actitud General**

Paciente femenino de 22 años, que acude puntual a sus citas al servicio de trasplante renal en adecuadas condiciones de aseo e higiene y en actitud libremente escogida, su marcha es normal, presenta facies nefrópatas, se muestra atenta, franca e interesada en los aspectos relacionados con su enfermedad y con disposición ante las recomendaciones para su tratamiento. Durante la entrevista y exploración se muestra consciente, tranquila y cooperadora.

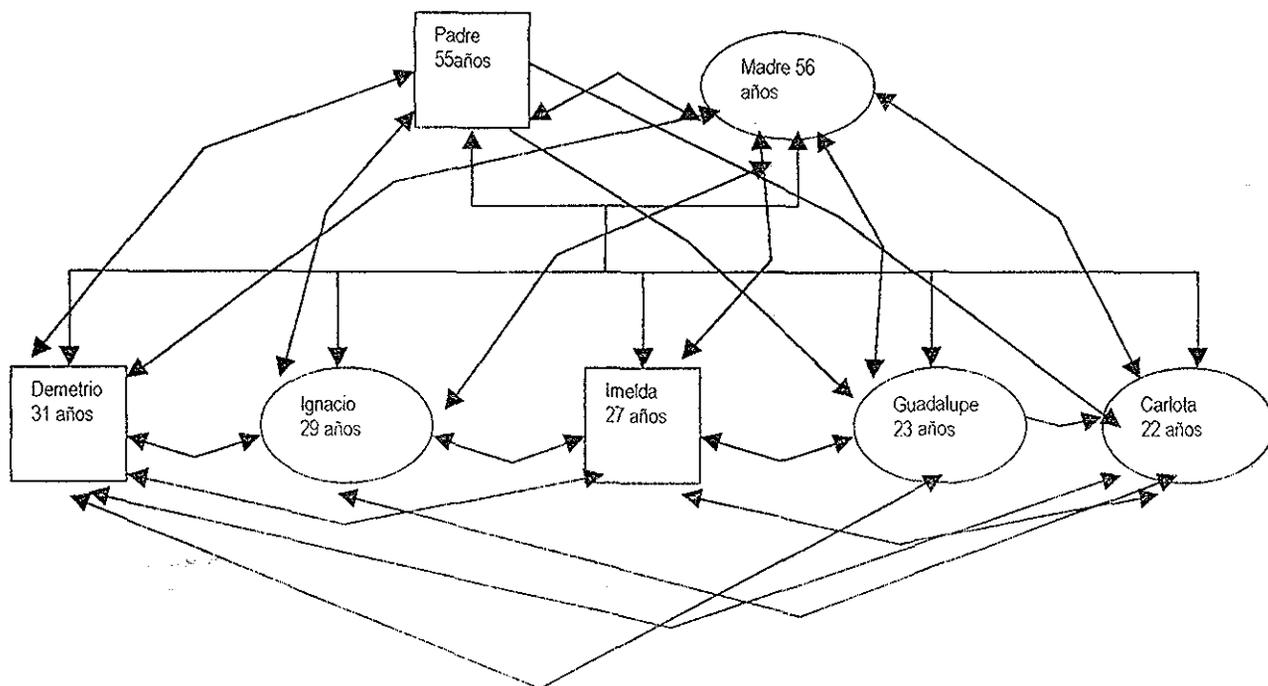
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Antecedentes personales no patológicos

CC se percibe como una hija deseada no refiere problemas perinatales o durante su gestación. camino al año control de esfínter a los 2 años y medio comenzó a hablar a los a los 2 años. es la quinta de cinco hermanos (2 hombres y 3 mujeres) comenta tener una buena relación con sus hermanos, principalmente con Ignacio su tercer hermano con quien se identifica mas y quien la ha apoyado desde el inicio de su enfermedad habita en casa de sus padres. cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios de tipo urbano. en la actualidad vive con sus padres. una hermana. un sobrino y un cuñado.

CC describe a su padre como un hombre estricto proveedor. con el que no tiene mucha comunicación CC refiere tener una relación mas cercana y estrecha con su madre, quien la ha apoyado mucho durante el periodo de enfermedad. no obstante comenta que siente una sobre protección por parte de su madre y de sus hermanos.

### Familiograma



### **Area escolar**

CC se percibe como una buena estudiante. comenta que durante la educación básica fue cambiada en el tercer año a una escuela mas cercana a su hogar perdiendo el año escolar refiere no haber tenido problemas académicos en la secundaria y preparatoria aunque comenta que en este periodo se suscitó un evento traumático con una amiga cercana (violación) y durante algunos días dejo de ir a la escuela. hasta antes de recibir el diagnóstico de insuficiencia renal crónica ella cursaba el tercer semestre de trabajo social comenta que una de sus metas si llega a ser trasplantada es concluir su carrera

### **Area laboral**

Hasta antes de recibir el diagnóstico de insuficiencia renal crónica. e ingresar al programa de diálisis peritoneal ambulatoria. CC se desempeñaba como recepcionista en una empresa. no refiere otros antecedentes laborales

### **Relaciones interpersonales**

CC comenta que al recibir el diagnóstico de insuficiencia renal crónica se sintió deprimida y al ingresar al programa de diálisis peritoneal. paulatinamente se fue alejando del círculo de amigos que frecuentaba conservando una amiga de ese círculo con la que mantiene comunicación en forma ocasional, refiere tener contacto con una amiga de su trabajo anterior en forma esporádica, actualmente tiene un acercamiento estrecho con su cuñada a quien considera su confidente. mantiene un contacto frecuente con los compañeros del grupo de trasplante del hospital Juárez. refiere haber tenido dos relaciones de pareja una la edad de 18 años y otra a la edad de 21 años, esta última la define como significativa aunque terminó por diferencias entre ambos, en estos momentos no cuenta con pareja y no lo contempla como una prioridad.

### **Area Ginecobstétrica**

En cuanto a los antecedentes ginecobstétricos la paciente comenta. menarca a los 13 años hasta hace cuatro años presentaba ciclos regulares de 28 días. conforme ha evolucionado la enfermedad sus ciclos se han vuelto irregulares dejando de menstruar incluso por periodos de 2 meses. no refiere infecciones u otros trastornos refiere no tener vida sexual activa

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **Antecedentes personales patológicos**

Paciente femenino de 22 años con edad aparente igual a la cronológica íntegra de constitución endomórfica. con facies nefrópata. con diagnóstico de insuficiencia renal crónico terminal desde 1997 presenta también hipertensión secundaria a IRCT y un evento de peritonitis al poco tiempo de ingresar al programa de diálisis peritoneal refiere enfermedades propias de la infancia niega tabaquismo. alcoholismo o toxicomanías. en cuanto a sus antecedentes heredofamiliares. refiere padre hipertenso desde hace 15 años madre hipertensa desde hace 10 años tía materna con diabetes mellitus. abuelo paterno finado. desconoce la causa.

### **Padecimiento Actual**

La paciente refiere que desde que recibió el diagnóstico de IRCT su vida ha estado llena de cambios constantes y de adaptaciones a nuevos hábitos y condiciones de vida. A inicios del 2000 CC. recibió una llamada por parte de trabajo social del servicio de trasplante renal por una posible donación cadavérica la cual no concluyó con el evento de trasplante por no existir características de compatibilidad idóneas. este hecho la enfrentó con la posibilidad de ser trasplantada en el futuro inmediato por el lugar que ocupa en la lista de donación cadavérica. con todas las implicaciones que de tal evento se derivan. Comenta que recientemente ha tenido pensamientos relacionados con esta situación. dichos pensamientos giran alrededor de comentarios que ha escuchado acerca de las maniobras que siguen inmediatamente al trasplante y que se relacionan con el periodo de aislamiento que cursan los pacientes en el postrasplante. este hecho cobró mayor relevancia al enterarse de problemas suscitados con uno de sus compañeros recién trasplantados durante este periodo. denota sintomatología ansiosa caracterizada por frotamiento de manos. hiperhidrosis palmar. cambios en el tono de voz y preocupación mientras comenta esta situación. En adición a esto, la paciente percibe un clima de tensión dentro de su familia por eventos recientes. entre los que resalta el fallecimiento de un sobrino al cual cuidaba. Dicho ambiente. la hacen sentir insegura y poco apoyada. considera que la situación familiar actual no sería la mas adecuada si se diera la oportunidad de un trasplante en estos momentos. Finalmente comenta que en el último par de meses se ha sentido mas irritable. menos tolerante. temerosa de su situación actual y siente que pierde el control con facilidad ante problemas que define como tonterías. esto con una frecuencia de dos o tres veces por semana. después de dichos eventos refiere desgano y fatiga.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Examen Mental

Ante la exploración no se aprecian alteraciones en la sensopercepción; atención y concentración normales. se encuentra orientada en las tres esferas. presenta memorias a corto y largo plazo conservadas. capacidad de reacción levemente disminuida. curso del pensamiento normal. el habla es pausada y por instantes hipofónica. juicio autocrítico y heterocrítico. discurso coherente y congruente. afecto eutímico. existen antecedentes positivos de adherencia terapéutica. se distinguen adecuadas estrategias de afrontamiento ante la enfermedad. comprende y entiende la gravedad de su padecimiento.

## Instrumentos empleados

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



## Resultados de los instrumentos

### 1. *Inventario de ansiedad de Beck*

El Inventario de ansiedad de Beck arrojó un puntaje de 10 que corresponde a ansiedad leve.

### 2. *Inventario de depresión de Beck*

El Inventario de depresión de Beck arrojó un puntaje de 5 que corresponde a depresión leve.

**Nota:** Algunos de los síntomas ansiosos se pueden ver exacerbados debido al deterioro que condiciona la insuficiencia renal crónica terminal a nivel orgánico. Las pruebas aplicadas pueden ser revisadas en el anexo C1.

## Impresión diagnóstica de acuerdo al DS-IV

**EJE I.** F 54 Síntomas psicológicos que afectan a Insuficiencia Renal Crónica Terminal [316]

**EJE II.** Z03.2 (sin diagnóstico en el eje 2)

**EJE III.** Insuficiencia Renal Crónica Terminal hipertensión secundaria a IRCT

**EJE IV.** Problemas relativos al grupo primario de apoyo

**EJE V.** 51-60 Síntomas moderados

### **Aproximación desde la Medicina Conductual**

CC cuenta con habilidades de enfrentamiento ante su enfermedad, tomando la responsabilidad de su tratamiento y cuidados, cuenta con antecedentes positivos de adherencia terapéutica, acudiendo puntual a sus citas con los especialistas de trasplante y siguiendo cabalmente sus indicaciones. Se aprecian inmunógenos conductuales que coadyuvan a controlar sus condiciones de salud, adicionalmente los antecedentes e historia de CC permiten establecer un moderado nivel de autoeficacia.

### **Tratamiento**

El tratamiento para CC responde a la demanda de la paciente sobre su estado ansioso, derivado de eventos y circunstancias recientes relacionadas a las condiciones postoperatorias del trasplante, dicha demanda puede ser vinculado con los objetivos que persigue el protocolo de trasplante en el área psicológica, al precisar acerca de las características necesarias para considerar a un paciente apto psicológicamente para el evento de trasplante y en los cuales se incluye la preparación para el periodo de aislamiento. A continuación se presentan el abordaje dispuesto para cada caso.

## Justificación

Con base en el diagnóstico obtenido, confirmado con las pruebas aplicadas y considerando la fase en que se encuentra la paciente dentro de su protocolo de trasplante, se determinó llevar a cabo un programa de preparación para el periodo de aislamiento basado en la propuesta de investigación que se incluye en el cuarto capítulo de este reporte final de actividades de la residencia en Medicina Conductual y que se ilustra en este apartado.

A manera de introducción, podemos decir que el protocolo de trasplante renal ya sea de donador vivo relacionado o de donador cadavérico, es en sí mismo un evento estresante, que en la gran mayoría de los casos sobrepasa los recursos del individuo para enfrentarse a esta situación. Autores como Rundel, J. y Hall R. (1997), han estudiado las características psiquiátricas de los pacientes que son candidatos a trasplante renal encontrando una amplia gama de patologías psiquiátricas. En éste sentido, Fitzpatrick, (1999), señala que en todo momento habrá que recordar los aspectos fisiológicos de la IRCT 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. Adicionalmente, Terán D., Ruiz J., Estrada G., Barajas L., Díaz A. (2001), reportan diferencias entre los pacientes que forman parte de protocolos de donador vivo relacionado y donador cadavérico, señalando particularmente a estos últimos como más susceptibles de presentar episodios de ansiedad más intensos, debido principalmente a las características inherentes a dicho protocolo.

Por otra parte, los cuidados inmediatos al postrasplante, requiere de medidas estrictas en un ambiente de esterilidad casi total que solo se puede lograr a través del aislamiento del paciente, tal condición, limita no solo la funcionalidad del paciente sino que lo somete a un ambiente artificial poco común que implica necesariamente una adaptación rápida, que de no ser así, puede exacerbar la patología de base que tiene el paciente. Tal situación condiciona que en la gran mayoría de los casos se presentan en el paciente reacciones como desajuste del ciclo sueño-vigilia, pérdida de la discriminación temporal, pérdida del apetito, labilidad emocional, exacerbación de la sintomatología ansiosa y/o depresiva, y en casos más severos rasgos psicóticos. Incluso, podemos comentar que la medicación prescrita posterior al trasplante que incluye fármacos

inmunosupresores, puede inducir un efecto de neurotoxicidad, como es el caso de la ciclosporina. Sobre este respecto, autores como Palmer B Y Toto R (1991), quienes han realizado investigaciones sobre los efectos tóxicos de dicho inmunosupresor, comentan diversos casos en los que la neurotoxicidad se expresó de múltiples formas, en un paciente con una hemiparesia flácida, en otro con un cuadro demencial y en un tercero presentando un síndrome de Guillain-Barre.

La importancia de tratar tales manifestaciones parecería obvia, sin embargo, los beneficios se extienden más allá de la simple reducción de síntomas que permitan un mejor manejo del paciente, de hecho los beneficios se orientan a coadyuvar a mantener el injerto, por lo que un periodo previo de preparación del paciente en diferentes áreas, principalmente para el periodo de aislamiento se considera fundamental para predecir un trasplante exitoso. A este respecto, Ruiz y Vázquez, (1999) realizaron un estudio longitudinal en pacientes renales trasplantados, mostrando que la depresión y la ansiedad aunados a la edad fueron los predictores más importantes de sobrevida del injerto, aun cuando los factores demográficos, físicos y bioquímicos también fueron considerados.

En adición, aunque en la literatura hace referencia a los efectos negativos y secundarios, que se pueden suscitar posterior al trasplante y que se relacionan con una mala integración a nivel psicológico del órgano trasplantado, no se mencionan estrategias o intervenciones que se hayan empleado para este fin, mas que el tratamiento farmacológico derivado de la aproximación psiquiátrica.

Ante esta situación la intervención con técnicas y procedimientos que han probado su efectividad en diversos problemas pueden ser adaptados en la preparación de pacientes para el periodo de aislamiento, en este sentido la inoculación del estrés, enseña como afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Gracias a esta técnica ya no es preciso evitar o amortiguar situaciones productoras de estrés. Por el contrario permite desarrollar nuevas formas de reaccionar, aprendiendo a relajarse en lugar de la habitual respuesta de miedo o cólera Meichenbaum D. (1996). No obstante los mejores resultados se obtienen de la combinación de diversos procedimientos derivados de la terapia cognitivo conductual y de la modificación de conducta, como son el modelamiento de respuestas, la desensibilización sistemática o la modificación de ideas irracionales.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Plan de intervención

### *Descripción de protocolo para preparación de pacientes en el periodo de aislamiento*

#### **Objetivos**

1. Identificación de estresores dentro del periodo de aislamiento.
2. Enseñar a la paciente nuevas habilidades para enfrentar los estresores que se presentan con mayor frecuencia en el periodo de aislamiento aplicando un modelo de inoculación de estrés.

#### **Instrumentos y Técnicas empleadas**

- Inventario de ansiedad de Beck
- inventario de depresión de Beck
- Registro de actividades dentro del periodo de aislamiento
- Registro de sintomatología ansiosa
- Técnica de relajación diafragmática
- Técnica de inoculación de estrés

## Procedimiento

Para la preparación de CC durante el periodo de aislamiento se utilizó el siguiente protocolo que incluye tres fases. la primera se considera la fase de evaluación la segunda es la fase educativa y la tercera la fase de simulación.

Las sesiones de la 1 a la 5 corresponden a la fase inicial que cursan los pacientes en protocolo de trasplante renal. A continuación se presenta el contenido de las sesiones en la fase de evaluación:

#### Primera sesión

- Administración de entrevista semiestructurada primera parte
- Se proporcionó a la paciente información relativa a la enfermedad
- Retroalimentación sobre algunos puntos de la entrevista.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Segunda sesión

- Administración de entrevista semiestructurada segunda parte
- Se proporcionó a la paciente información relativa al periodo postoperatorio, aislamiento y medicación inmunosupresora
- Retroalimentación sobre algunos puntos de la entrevista

### Tercera sesión

- Administración de entrevista semiestructurada tercera parte
- Se resolvieron dudas sobre la información presentada en las 2 primeras sesiones
- Retroalimentación

### Cuarta sesión

- Administración de pruebas psicológicas
  - 1) Inventario de ansiedad de Beck
  - 2) Inventario de depresión de Beck

### Quinta sesión

- Retroalimentación sobre el resultado de pruebas
  - Propuesta de plan de intervención
1. Antes de comenzar con las sesiones de protocolo para el periodo de aislamiento propiamente, la paciente cumplió con las sesiones de rutina que marca el protocolo general de pacientes. Esta fase constó de 5 sesiones como de mencionó anteriormente. Aquí se consideró la aplicación de la entrevista semiestructurada, los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, con el fin de determinar si existía la presencia y en tal caso la magnitud de estos trastornos. adicionalmente se proporcionó a la paciente información relativa a la enfermedad en donde se incluye: la etiología, pronóstico, riesgo de la cirugía, periodo de aislamiento y tipo de medicamentos empleados en el postransplante y sus efectos colaterales. cabe aclarar que esta parte se distinguió por ser dinámica ya que CC cuenta con varios años en el protocolo de donación cadavérica por lo que los esfuerzos se dirigieron a reafirmar la información con la que contaba y enfatizar sobre aquellos puntos que había duda. Al final de cada sesión se proporcionó retroalimentación

- 2 La fase educativa inició propiamente en la sesión seis en la que se proporcionaron resultados de la batería aplicada y se dio retroalimentación sobre las conclusiones obtenidas enfatizando la necesidad de intervenir en el problema de ansiedad que refirió la paciente y que se corroboró con los instrumentos. Las sesiones siete y ocho se dedicaron al entrenamiento en relajación diafragmática. esta técnica resulta ser la mas conveniente ya que las características de los pacientes posterior a la cirugía. limitan severamente la funcionalidad de los individuos impidiéndoles realizar una amplia gama de movimientos que impiden realizar en forma efectiva otro tipo de técnicas.

Las sesiones nueve y diez se emplearon en la formulación de la lista de estresores que la paciente identificó junto con el terapeuta (ver anexo C4), apoyando con la técnica de inoculación de estrés para aquellos eventos que la paciente jerarquizó en la lista a sí mismo se llevó a cabo la planeación de actividades dentro del periodo de aislamiento haciendo énfasis en las condiciones limitadas a las que estará expuesta la paciente, finalmente se le indicó la forma de llenar el registro de actividades dentro del periodo de aislamiento y el registro de sintomatología ansiosa (ver anexos C2 y C3 respectivamente).

- 3 La fase de simulación correspondió a la sesión once y se llevó a cabo durante un internamiento para recolocación de catéter blando (el indicado para diálisis ambulatoria). dicha sesión tuvo que planearse 25 días después de la sesión diez ya que en esa fecha la paciente sería internada, dicha simulación se realizó dentro de los cuartos de aislamiento del servicio de trasplante con el fin de recrear al máximo las condiciones de este periodo, el personal de enfermería colaboró intensamente interviniendo solo en lo indispensable, incrementando los tiempos de aislamiento. durante esta fase se realizó un monitoreo constante de la paciente, observando si existía reactividad ante los estímulos estresores, adicionalmente la paciente registró su comportamiento aplicando las estrategias enseñadas durante la fase educativa, específicamente la respiración diafragmática, así mismo se pudo establecer que actividades propuestas por la paciente contribuyeron como distractores y reforzadores

## Resultados de la intervención

En cuanto a la fase educativa las sesiones se llevaron a cabo dentro del servicio de trasplante renal en el área de residentes. durante las sesiones se guió a la paciente en el proceso de relajación. así mismo se le pidió que practicara en casa la técnica en bloques de 10 respiraciones y descansos de 1 minuto por las noches antes de dormir.

Las sesiones nueve y diez se destinaron a identificar los posibles estresores a los que la paciente se sometería durante el periodo de aislamiento. esto requirió de una descripción exhaustiva por parte del terapeuta acerca de las características que son inherentes a dicho periodo. Posteriormente se jerarquizaron los estímulos estresores considerando que pudieran presentarse durante el periodo de aislamiento. Finalmente se trabajó con la técnica de inoculación de estrés para el estresor número uno que se definió como pérdida de la funcionalidad.

En lo que respecta a la simulación, esta duró 36 horas aproximadamente, en las cuales la paciente corroboró que los estímulos estresores que había identificado resultaron significativos en el momento del aislamiento. el primero se relaciona con la inmovilidad y el deterioro en la funcionalidad que tal situación implica. esta condición en los pacientes trasplantados puede durar unos días o extenderse por algunas semanas dependiendo de la evolución del paciente y del funcionamiento del injerto. el segundo estresor más significativo se relacionó con la falta de contacto social.

La paciente mostró elevaciones de la tensión arterial que correlacionan con los momentos en los que se sintió más ansiosa dentro del cuarto de aislamiento (ver registro de sintomatología ansiosa en el anexo c4) los registros efectuados por la paciente, confirman que los estresores identificados incrementaron la sintomatología ansiosa lo que permite inferir la reactividad ante estos estímulos. no obstante las estrategias de relajación permitieron controlar moderadamente dichos episodios que incluso impactaron en la tensión arterial disminuyendo hasta 5 milímetros de mercurio sin la aplicación de antihipertensivos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En lo referente a la planeación de actividades, la paciente estableció que ver la televisión y la lectura fueron los distractores más efectivos y a los cuales dedicó más tiempo así mismo, los contactos sociales a través del interfon con alguno de los significativos de su red social y el uso del teléfono celular se evidenciaron como los principales estímulos reforzadores.

La paciente comentó que esta experiencia le dio una perspectiva más real de lo que puede implicar el aislamiento disipando algunos temores a los que calificó como 'tontos' con los resultados de la simulación podemos inferir que la inoculación de estrés resultó una estrategia efectiva en esta paciente para enfrentar el período de aislamiento permitiendo adicionalmente mejorar la percepción de autoeficacia de ella sobre esta situación.

Asimismo podemos concluir que la intervención dispuesta para esta parte del tratamiento cumplió con los objetivos planteados, aportando a la paciente estrategias y nuevos repertorios conductuales para dar solución a la demanda principal que expuso. Finalmente, los resultados en la planeación de actividades de la paciente permitirá realizar arreglos conductuales más efectivos para distribuir y administrar en forma más eficiente dichas actividades coadyuvando a mejorar sus condiciones durante el período de aislamiento, de llevarse a cabo su trasplante.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Fitzpatrick. R (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: F.C.E.
- Meichenbaum. D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*. 49. 4-7.
- Palmer B. Toto R. (1991) *Severe neurologic toxicity induced by cyclosporine A in three renal transplant patients*. *Am J Kidney Dis* Jul;18(1):116-21
- Ruiz. L. Vazquez. F. Corlay I Gracia. C (1999). *Psiquiatría y Trasplantes*. *Psiquiatría*. Vol 15. No. 3. Septiembre-Diciembre.
- Rundel L JR. Hall RC. (1997) *Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients*. *Psychosomatics* May-Jun;38(3):269-76
- Terán D. Ruiz J. Estrada G. Barajas L. Díaz A. (2001) *Anxiety and depression among renal transplantation candidates: impact of donor availability*. *Actas 1: Esp Psiquiatr* Mar-Apr29(2):91

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# **RESUMEN**

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**SERVICIO DE TRANSPLANTE RENAL**  
**ÁREA DE PSICOLOGÍA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Asunto** Valoración psicológica de paciente en protocolo de transplante renal de donador cadavérico

## ***Instrumentos y técnicas empleadas***

- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck

## ***Ficha de identificación***

Paciente : C C H  
Edad : 22 años  
Sexo : Femenino  
Edo Civil : Soltera  
Escolaridad : 3er semestre de Trabajo social  
Religión : Católica  
Ocupación : Recepcionista  
Lugar de Origen: : Estado de México  
Lugar de Residencia : calle 6 # 55 col Estado de México  
Numero de hermanos : 5  
Lugar que ocupa : 5º  
Diagnóstico : Insuficiencia Renal Crónica Terminal  
Expediente : 30 11 21  
Ingreso al servicio : Agosto de 1998

## ***Descripción del paciente***

Paciente femenino de 22 años de edad aparente igual a la cronológica. que acude puntual a sus citas al servicio de trasplante renal en adecuadas condiciones de aliño e higiene y en actitud libremente escogida, su marcha es normal, presenta fácies nefrópatas, se muestra atenta, franca e interesada en los aspectos relacionados con su enfermedad. Ante la exploración no se aprecian alteraciones en la sensopercepción; atención y concentración normales, se encuentra orientada en las tres esferas, presenta memorias a corto y largo plazo conservadas, capacidad de reacción levemente disminuida, curso del pensamiento normal, el habla es pausada y por instantes hipofónica, juicio autocrítico y heterocrítico, discurso coherente y congruente, afecto eutímico, existen antecedentes de adherencia terapéutica, se distinguen adecuadas estrategias de afrontamiento ante la enfermedad

## ***Comprensión de la enfermedad y de la necesidad del transplante***

La paciente conoce su enfermedad está consciente que de acuerdo al desarrollo y curso de la misma. la mejor alternativa de tratamiento es el transplante renal. La paciente ha sido informada del procedimiento quirúrgico al que será sometida y de los riesgos que ella implica, así mismo esta enterada de que existe la posibilidad de rechazo del injerto, especialmente si no contribuyen con los cuidados médicos que se le prescriban así mismo posee información acerca de

la medicación inmunosupresora que es de por vida sus efectos colaterales y consecuencias por abandonar el tratamiento

### ***Motivación para el trasplante***

CC refiere que desea mejorar su calidad de vida y ya no depender del proceso de diálisis, lo que le retribuiría en una vida futura con menos limitaciones, además comenta que de ser trasplantada pretende terminar sus estudios de licenciatura así como buscar empleo. lo anterior parte de sus expectativas y planes personales.

### ***Relación Familiar***

CC es la 5ª de cinco hermanos (2 hombres y 3 mujeres) comenta tener una buena relación con los tres hermanos que no habitan en la casa, principalmente con Ignacio su tercer hermano con quien se identifica mas y quien la ha apoyado desde el inicio de su enfermedad, ella habita con sus padres, una hermana, un sobrino y un cuñado, refiere algunos problemas dentro del grupo primario, se aprecian jerarquías definidas, con problemas en la distribución de roles, todos los miembros de la familia saben del interés de CC por trasplantarse

### ***Evolución***

Desde su ingreso al protocolo de trasplante CC se ha mostrado cooperadora e interesada por los aspectos relacionados a la enfermedad, siguiendo las recomendaciones de los especialistas de trasplante, ha asistido a las sesiones del grupo de pacientes en protocolo, mostrándose participativa y ejerciendo un papel activo dentro del grupo así mismo a reforzado la información referente a su enfermedad y cursado con una preparación para el periodo de aislamiento

### ***Resultados de los instrumentos***

Inventario de ansiedad de Beck : Muestra ansiedad leve que confirma los hallazgos de la entrevista

Inventario de depresión de Beck : Muestra depresión leve con sintomatología característica de esta población

## **CONCLUSIÓN**

Con base en la información recabada se propone que C C H es candidata apta psicológicamente para someterse a una cirugía de trasplante, pues comprende y acepta los riesgos de la cirugía a la que será sometida, así como la medicación que tendra que tomar de por vida

## **ATENTAMENTE**

México D F a 21de enero de 2002

PSIC OCTAVIO CAMPOS GUTIÉRREZ  
R 2 MEDICINA CONDUCTUAL

DR RICARDO GALLARDO CONTRERAS  
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

**PRIMER PERIODO DE  
RESIDENCIA**

Servicio de psicología

Fecha de ingreso:

1) Consulta externa

2) Interconsulta

**Datos del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ No De hijos \_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar donde radica actualmente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Enfermedades significativas que ha padecido:

Hospitalizaciones anteriores:

Esquema de tratamiento actual:

\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

Apoyo psicológico previo: si no

Hace cuanto tiempo:

Donde recibió el servicio:

Que o cuales problemas trató:

**Etapas de tratamiento actual**

- 1) Entrevista inicial o de primera vez
- 2) Tratamiento
- 3) Seguimiento

Descripción de la problemática actual:



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_ Años que tiene con el padecimiento \_\_\_\_\_

Por favor, señale sobre la línea con una cruz la opción que más concuerda con su experiencia.

|    |   | Casi<br>Nunca |       |       |       | Casi<br>Siempre |
|----|---|---------------|-------|-------|-------|-----------------|
| 01 | Si me ofrecen alimentos que no han sido indicados por el médico, agradezco y comento que no puedo consumirlos   | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 02 | Cuando en la escuela o el trabajo me ofrecen alguna golosina, agradezco el detalle y digo que no lo puedo comer   | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 03 | Cuando estoy en una fiesta y veo que los alimentos son diferentes a los que me indicó el médico, me disculpo diciendo que soy diabético y no puedo comerlos | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 04 | Puedo decir que no con facilidad, cuando me ofrecen alimentos que no puedo consumir por mi enfermedad   | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 05 | Tanto a mis seres queridos como a otras personas, puedo decirles que no debo comer alimentos que el médico no me haya indicado                              | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 06 | Cuando me ofrecen bebidas que se salen de lo indicado por el médico, digo que no puedo consumirlos por el padecimiento que tengo                            | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |

|    |   | Casi<br>Nunca |       |       |       | Casi<br>Siempre |
|----|---|---------------|-------|-------|-------|-----------------|
| 07 | Si estoy en una reunión y me ofrecen alguna bebida alcohólica agradezco y digo que no puedo consumirla  | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 08 | Si me recomiendan algún remedio casero, digo que no lo puedo ingerir, hasta comentarle al médico  | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 09 | Si me recomiendan algún medicamento no indicado por los médicos, agradezco el interés pero digo que no lo puedo consumir antes de consultar al médico | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 10 | Cuando me doy cuenta que mis alimentos no están preparados correctamente o como lo indicó el médico, señalo que no lo puedo comer                     | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 11 | Cuando me indican que realice alguna actividad que considero es riesgosa para mi salud, comento, que no la puedo realizar porque padezco diabetes     | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |
| 12 | Pido que cambien mi comida cuando ésta se encuentra muy condimentada o con mucha grasa  | _____         | _____ | _____ | _____ | _____           |

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

|    |  | Casi<br>Nunca |       |       | Casi<br>Siempre |
|----|--|---------------|-------|-------|-----------------|
| 13 | Cuando mis familiares comen alimentos que se me antojan, les pido que no lo hagan enfrente de mí                     | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 14 | Cuando puedo, pido que mi comida se prepare con alimentos bajos en calorías  | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 15 | Cuando pido un refresco, recalco que este sea de dieta o bajo en calorías  | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 16 | Cuando una persona es insistente conmigo para que consuma un refresco o una bebida alcohólica le pido que no insista | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 17 | Si la bebida que tomo se encuentra muy dulce, pido que la rebajen un poco con agua                                   | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 18 | Cuando voy a consumir un jugo de frutas naturales, le pido a la persona que lo prepare según mis indicaciones        | _____         | _____ | _____ | _____           |

|    |  | Casi<br>Nunca |       |       | Casi<br>Siempre |
|----|--|---------------|-------|-------|-----------------|
| 19 | Cuando no puedo leer, las indicaciones del medicamento, le pido a alguna persona que las lea por mí          | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 20 | Cuando no puedo cortarme las uñas, pido ayuda a algún familiar   | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 21 | Si no entendí lo que me dijo el médico, le pido por favor que me lo explique nuevamente                      | _____         | _____ | _____ | _____           |
| 22 | Cuando tengo molestias o descompensaciones debidas a la diabetes, pido a alguna persona cercana que me ayude | _____         | _____ | _____ | _____           |

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

141

Relación de pacientes atendidos en el servicio de cirugía general durante el periodo de residencia

| No. | Nombre                            | Eda | S   | Mes         | Diagnóstico Médico                          | Intervención Psicológica   |
|-----|-----------------------------------|-----|-----|-------------|---|--|
| 1   | Barrón del Rosario Esther         | 43  | F   | Junio/2000  | Colecistectomía simple                      | Intervención psicológica en fase preoperatoria                       |
| 2   | Hernández Cordova Guacalupe       | 71  | F   |             | Prótesis de cadera                          | Manejo de ideas irracionales   |
| 3   | Jiménez Moreno Manuel             | 23  | M   |             | Quemadura de 1° y 2° grado en ms y cara     | Relación autogénica, manejo de ideas irracionales                    |
| 4   | Picche Cache Miguel               | 90  | M   |             | Laparotomía exploratoria                    | Manejo de ideas irracionales   |
| 5   | Salazar Martínez Josefina         | 12  | F   |             | Quemaduras de 2° grado                      | Relajación muscular progresiva                                       |
| 6   | Martínez Hernández Eugenia        | 23  | F   |             | Apendicectomía fase 2                       | Inoculación de estres, manejo de miedos                              |
| 7   | Gutiérrez Cabrera Juan            | 21  | M   |             | Desviación septal                           | Apoyo psicológico  |
| 8   | Pérez Quintana Esteban            | 38  | M   |             | Colestistitis Crónica                       | Preparación para evento quirúrgico                                   |
| 9   | De la Rosa Sánchez Fidel          | 32  | M   |             | Hernia discal                               | Manejo de ideas irracionales, manejo de miedos                       |
| 10  | Núñez Martínez Enrique            | 44  | M   |             | Absceso en estómago                         | Apoyo psicológico, manejo de sintomatología ansiosa                  |
| 11  | Romualdo María del Carmen         | 45  | F   |             | Neuropatía por fibrosis                     | Manejo de ideas irracionales   |
| 12  | Sánchez Hernández Mercedes        | 38  | F   |             | Hernia umbilical                            | Reestructuración cognitiva   |
| 13  | Venegas Barrios Patricia          | 22  | F   |             | Colecistectomía                             | Preparación para evento quirúrgico                                   |
| 14  | Pérez Jiménez Rosa                | 43  | F   |             | Insuficiencia renal crónica                 | Adherencia al tratamiento  |
| 15  | Damián Trujillo Ivonne            | 22  | F   |             | Dolor vesicular                             | Intervención en crisis, contención                                   |
| 16  | Hernández Cantú Estela            | 52  | F   |             | Colestistitis                               | Relajación autogénica, manejo de sintomatología ansiosa              |
| 17  | Maldonado Avalos Natividad        | 47  | F   |             | Colestistitis                               | Reestructuración cognitiva   |
| 18  | Prado Méndez José María           | 62  | M   |             | Oclusión intestinal                         | Manejo de sintomatología depresiva                                   |
| 19  | Ramírez Sánchez Rosa              | 55  | F   | Julio/2000  | Apendicectomía                              | Manejo de miedos, respiración autogénica                             |
| 20  | Velázquez Loyola Velázquez        | 52  | M   |             | Úlcera varicosa de miembro inferior derecho | Apoyo Psicológico  |
| 21  | Díaz Miranda Nelly                | 29  | F   |             | Absceso de pared                            | Contención psicológica   |
| 22  | ...                               | ... | ... | ...         | Apendicectomía                              | Manejo de miedos   |
| 23  | ...                               | ... | ... | ...         | Reconexión de tránsito intestinal           | Adherencia al tratamiento  |
| 24  | Manoela Mercedes María Del Carmen | 41  | F   |             | Colestistitis                               | Manejo de ideas irracionales y ansiosas                              |
| 25  | Lara de la Cruz Guadalupe         | 26  | F   |             | Colestistitis                               | Contención Psicológica   |
| 26  | Díaz Hernández Daniel             | 64  | M   |             | Pie diabético                               | Reestructuración cognitiva, manejo de miedos, manejo de depresión    |
| 27  | San Agustín Ortega Rafael         | 59  | M   |             | Proctectomía suprapúbica                    | Apoyo psicológico  |
| 28  | Cruz Gutiérrez Ana Laura          | 10  | F   |             | Abdomen agudo                               | Manejo de sintomatología ansiosa                                     |
| 29  | González Santos Antonio           | 46  | M   |             | Plastia Inguinal derecha                    | Reestructuración cognitiva, manejo de creencias                      |
| 30  | Figuerola Muñoz Eulalio           | 52  | M   |             | Cierre de úlcera duodenal                   | Apoyo psicológico  |
| 31  | Alvarez Domínguez Catalina        | 17  | F   |             | Apendicectomía                              | Contención   |
| 32  | Reyes Macedo Gonzalo              | 45  | M   |             | Absceso pélvico                             | Relajación autogénica  |
| 33  | Ramírez Gómez Antonio             | 12  | M   |             | Apendicectomía                              | Manejo de sintomatología ansiosa                                     |
| 34  | Bias Garduno Lourdes              | 32  | F   |             | Retiro de material osteoporoso              | Manejo de sintomatología depresiva                                   |
| 35  | Mijares Ramírez micaela           | 56  | F   |             | Litiasis pilélica                           | Reestructuración cognitiva   |
| 36  | Hernández Jiménez Gilardo         | 56  | M   |             | Pie diabético                               | Manejo de sintomatología ansiosa, preparación para evento quirúrgico |
| 37  | Sánchez Sánchez Ciro              | 63  | M   |             | Prostatactomía suprapúbica                  | Manejo de sintomatología ansiosa                                     |
| 38  | Núñez Núñez Maritza Elvia         | 37  | F   |             | Plastia de pared                            | Manejo de ideas irracionales, reestructuración cognitiva             |
| 39  | Vazaro Villa Francisco Mateo      | 54  | M   | Agosto/2000 | Cardiopatía isquémica                       | Adherencia al tratamiento, manejo de miedos                          |
| 40  | Hernández Torres Socorro          | 46  | M   |             | Pie diabético                               | Manejo de sintomatología depresiva, reestructuración cognitiva       |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

|    |                             |    |   |  |  |
|----|-----------------------------|----|---|--|--|
| 41 | Salas Bustamante Verónica   | 23 | F | Oclusión intestinal                        | Relajación autogénica, manejo de creencias                             |
| 42 | Ramirez Cruz Luz María      | 32 | F | Probable oclusión intestinal               | Apoyo psicológico  |
| 43 | Cuevas Guevara Marcela      | 28 | F | Plastia inguinal izquierda                 | Contención psicológica   |
| 44 | Avellar Mondragon Gloria    | 18 | F | Apendicectomía                             | Manejo de sintomatología depresiva                                     |
| 45 | Fuentes Ciguin María Esther | 52 | F | Discolectomía                              | Manejo de ideas irracionales, manejo de creencias                      |
| 46 | Montoya Iolelino Rosa       | 32 | F | Colestisitis                               | Contención   |
| 47 | Méndez Martínez Laura       | 34 | F | Gastroesofágico                            | Manejo de miedos   |
| 48 | Méxtezuma Maqueda Virginia  | 17 | F | Hictecia + colestisitis                    | Intervención en crisis   |
| 49 | Sánchez Martínez Lilia      | 25 | F | Probable pancreatitis                      | Manejo de sintomatología ansiosa                                       |
| 50 | Pérez Villi María           | 64 | F | Inflamación de tejidos blancos             | Manejo de ideas irracionales, manejo de creencias                      |
| 51 | Cello Vargas Francisco      | 50 | M | Celulitis de miembro superior derecho + DM | Adherencia terapéutica, manejo de sintomatología depresiva             |
| 52 | Rodriguez Esquivel Manuela  | 80 | F | Celulitis de miembro superior izquierdo    | Apoyo psicológico  |
| 53 | Benítez Resendiz Irida      | 43 | F | Apendicitis                                | Manejo de ideas irracionales   |
| 54 | Buitrago Rojas Antonio      | 54 | M | Laparotomía exploratoria                   | Manejo de sintomatología depresiva                                     |
| 55 | Romero Flores Javier        | 10 | M | Apendicectomía                             | Manejo de sintomatología ansiosa, relajación autogénica                |
| 56 | Vélez Díaz Julio            | 26 | M | Apendicectomía                             | Manejo de ideas irracionales, manejo de creencias                      |
| 57 | García Aviles Francisco     | 48 | M | Hernia inguinal                            | Manejo de ideas irracionales   |
| 58 | Pineda Pérez Melania        | 46 | F | Apendicectomía                             | Manejo de ideas irracionales, manejo de ideas irracionales             |
| 59 | Navarrete Vaca Elizabeth    | 34 | F | Intoxicación medicamentosa                 | Intervención en crisis, manejo de sintomatología depresiva             |
| 60 | Ramírez Rivas Adriana       | 23 | F | Apendicectomía                             | Asertividad, adherencia al tratamiento                                 |
| 61 | González Jiménez Enriqueta  | 45 | F | Hernia inguinal                            | Preparación para proceso quirúrgico                                    |
| 62 |                             | 31 | M | Apendicectomía                             | Manejo de sintomatología ansiosa                                       |
| 63 |                             | 23 | M | Perforación                                | Adherencia terapéutica, manejo de sintomatología depresiva             |
| 64 |                             | 23 | M | Perforación                                | Adherencia terapéutica, manejo de sintomatología depresiva             |
| 65 |                             | 31 | F | Perforación                                | Preparación para evento quirúrgico, manejo de ideas irracionales       |
| 66 | Olguin Ramirez Fabiela      | 14 | F | Apendicectomía                             | Manejo de ideas irracionales, manejo de sintomatología ansiosa         |
| 67 | Fuentes Duran Cristina      | 11 | F | Intención de Herida Quirúrgica             | Manejo de sintomatología ansiosa, respiración autogénica               |
| 68 | Pérez Velázquez Claudia     | 17 | F | Apendicectomía                             | Manejo de sintomatología depresiva, manejo de ideas irracionales       |
| 69 | Suarez Melo Minerva         | 29 | F | Colestisitis                               | Manejo de creencias, manejo de ideas irracionales, manejo de           |
| 70 | Albana Sánchez Jessica      | 16 | F | Úlcera duodenal perforada                  | Manejo de ideas irracionales, preparación para evento quirúrgico       |
| 71 | Arriaga Castro Javier       | 34 | M | Quemaduras de 2º                           | Relajación autogénica, adherencia al tratamiento                       |
| 72 | García Vázquez Oscar        | 23 | M | Hernia inguinal                            | Manejo de sintomatología ansiosa, manejo de ideas irracionales,        |
| 73 | Salas Hernández Rosario     | 18 | F | Apendicectomía + DM                        | Adherencia al tratamiento, modelamiento de conducta, manejo de ideas   |
| 74 | Cruz Pérez María Luisa      | 49 | F | Hemifitrosectomía                          | Manejo de sintomatología ansiosa, manejo de ideas irracionales,        |
| 75 | González Rueda José Juan    | 18 | M | Celulitis de rp derecho                    | Manejo de sintomatología depresiva, manejo de ideas irracionales apoyo |
| 76 | Casillo Carrillo Peira      | 56 | F | Abceso de región posterior de tórax        | Manejo de sintomatología depresiva, apoyo psicológico en               |
| 77 | Jiménez Martínez Rocio      | 29 | F | Embarazo ectópico                          | Manejo de sintomatología depresiva, manejo de ideas irracionales       |
| 78 | Cruz Sánchez Sonia          | 29 | F | Colestisitis                               | Apoyo psicológico en post operatorio                                   |
| 79 | Ortega Ramírez Gregorio     | 48 | M | Intención de rotura de retina              | Manejo de miedos, preparación para evento quirúrgico, apoyo            |
| 80 | Tinoco Guadarrama Angélica  | 24 | F | Colelitiasis                               | Manejo de sintomatología depresiva                                     |
| 81 | Ramírez González Apolinar   | 75 | M | Insuficiencia arterial                     | Preparación para evento quirúrgico, manejo de ideas irracionales       |

193

|     |                                  |    |   |                                |  |
|-----|----------------------------------|----|---|--------------------------------|--|
| 82  | Martínez García Juana Susara     | 52 | F | Colicistectomía                | Apoyo psicológico en postoperatorio, adherencia terapéutica, manejo de |
| 83  | Hernández Velasco Ines           | 88 | F | Fractura derecha de cadera     | Apoyo psicológico en postoperatorio                                    |
| 84  | Aguirre Vichis Mercedes          | 72 | F | Fractura de cadera             | Preparación para evento quirúrgico, apoyo psicológico en               |
| 85  | Guerrero Martínez Dolores        | 37 | F | Lumbociática                   | Manejo de sintomatología ansiosa, respiración autógena, relación       |
| 86  | Aldo Uriel Cruz Francisco        | 5  | M | Apendicectomía                 | Contención, apoyo psicológico en postoperatorio, relación autógena     |
| 87  | Vazquez Alveado Carmen           | 51 | F | Pie diabético                  | Manejo de sintomatología depresiva, manejo de sintomatología ansiosa   |
| 88  | Herrera Rico Benita              | 57 | F | Inyección de herida quirúrgica | Manejo de ideas irracionales, enfrentamiento en conductas de           |
| 89  | Majía Gerardo Rosa María         | 52 | F | Hernia inguinal                | Manejo de sintomatología depresiva, manejo de ideas irracionales       |
| 90  | González Santos Juan             | 40 | M | Fractura de tibia y perote     | Manejo de sintomatología depresiva                                     |
| 91  | González Cuiñan María            | 42 | F | Colicistectomía                | Preparación para evento quirúrgico, manejo de sintomatología ansiosa   |
| 92  | Hernández Pérez Luciano          | 53 | M | Hernia inguinal                | Manejo de sintomatología ansiosa, manejo de ideas irracionales         |
| 93  | Velazquez García María           | 91 | F | Fractura de fémur derecho      | Manejo de ideas irracionales, respiración autógena, apoyo psicológico  |
| 94  | Martínez Martínez Silvia         | 29 | F | Síndrome anémico en estudio    | Manejo de sintomatología depresiva                                     |
| 95  | Villa Gómez Sánchez Luis Alberto | 32 | M | Apendicectomía                 | Manejo de sintomatología ansiosa y depresiva, preparación para evento  |
| 96  | Cimos Quintero Juana             | 53 | F | Colicistitis                   | Inoculación de estrés, manejo de ideas irracionales, reeducación       |
| 97  | Macina Hernández Santiago        | 83 | M | Apendicectomía                 | Apoyo psicológico en postoperatorio                                    |
| 98  | López Granados Martha            | 33 | F | Colicistitis                   | Manejo sintomatología depresiva, manejo de ideas irracionales          |
| 99  | Moclezuma María del Carmen       | 65 | F | Fractura multifragmentaria     | Relación autógena, manejo de miedos, manejo de sintomatología          |
| 100 | Esquivel Rito Baldino            | 42 | M | Probable hernia discal         | Relación autógena, manejo de miedos, manejo de sintomatología          |
| 101 | Pineda Martínez Teresa           | 36 | F | Apendicectomía                 | Preparación para evento quirúrgico, manejo de miedos, apoyo            |
| 102 | Majía Ramírez Luisa              | 54 | F | Lumbalgia                      | Manejo de sintomatología ansiosa                                       |
| 103 | Murrillo Morales María           | 43 | F | Ileoestomía y colestomía       | Preparación para evento quirúrgico                                     |
| 104 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Pie diabético + celulitis      | Adherencia terapéutica, manejo de sintomatología depresiva y ansiosa   |
| 105 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Colicistitis                   | Apoyo psicológico en postoperatorio                                    |
| 106 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Colicistitis                   | Respiración autógena, manejo de ideas irracionales                     |
| 107 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Colicistitis                   | Relación autógena, manejo de miedos, manejo de sintomatología          |
| 108 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Colicistitis                   | Adherencia al tratamiento, manejo de miedos, preparación para evento   |
| 109 | Quintero Rosales José Trinidad   | 55 | M | Pie diabético                  | Apoyo psicológico en postoperatorio                                    |
| 110 | Dimas Saazar José                | 43 | M | Apendicectomía                 | Adherencia terapéutica, manejo de sintomatología                       |
| 111 | Flores Matorrado María           | 29 | F | Sx anormal + anemia            | Manejo de sintomatología ansiosa, manejo de ideas irracionales         |
| 112 | Montroy Fonquillo David          | 72 | M | Glomerulonefritis              |  |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

199

# SEGUNDO PERIODO DE RESIDENCIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL  
ÁREA DE PSICOLOGÍA

VALORACIÓN PSICOLÓGICA  
RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL  
DONADOR VIVO RELACIONADO

Entrevista Estructurada para Trasplante Renal (EETR)

La siguiente entrevista está diseñada para ayudar al psicólogo a obtener una historia de información pertinente sobre receptores renales de trasplante de riñón. Al momento de seguir el formato básico de la entrevista, es importante que el entrevistador siga usando su juicio clínico, lo cual significa ser sensible a las necesidades de los pacientes e incluir líneas de cuestionamiento no contempladas en la entrevista. Esto facilitará la obtención de una descripción más exacta del paciente.

**FORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

Fecha de la entrevista: ..... / ..... / .....  
Mes Día Año

Nombre del paciente: .....

Expediente: .....

Domicilio actual: .....

Teléfono: .....

Ciudad: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....  
Mes Día Año

Género: .....

Persona que siempre sabe como contactar al paciente:  
Nombre/Relación: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

Religión: .....

Escolaridad: .....

Grado escolar repetido ( No /  Sí / ¿Cuál? ): .....

Problemas de aprendizaje (Posible evidencia / Muy probable o definitivamente):  
Especificar (lectura, cálculo, dislexia, etc): .....

Ocupación actual: .....

Ingreso económico estimado: .....

**CRITERIOS SUSINTATIVOS**

¿El paciente comprende y acepta su enfermedad, su motivación y aceptación voluntaria para trasplantarse y la adquisición legal del órgano?

**COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Entendimiento de la Enfermedad

¿En qué consiste su enfermedad (IRCT): .....

Reporte del Paciente

Reporte del Staff Médico

Diagnóstico de la IRCT (mes/año) ..... / .....

IRCT secundaria a .....

Diagnósticos médicos adicionales .....

Fecha en que inició el PTRDVR (mes/año): .....

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

146

sis

Inicio de Diálisis (mes/año): / /

Tipo de diálisis (incluir fechas -- mes/año)

Hemodiálisis / a / / a /

DPCA / a / / a /

DPIN / a / / a /

¿Cuántas veces a la semana?

¿Por cuánto tiempo? (horas)

¿Cuántos cambios cada día?

Fechas en que ha presentado peritonitis (indicar causas, tratamiento que recibió y medidas que tomó para evitar otra peritonitis)

¿Qué pasaría si suspende su tratamiento ante la IRCT?:

**Clasificación a las respuestas del paciente en las siguientes preguntas:**

1=Pobre, 2=Regular, 3=Bueno, 4=Muy Bueno, 5=Excelente, 0=Lo Ignora

**Conocimiento sobre la dieta renal**

Habilidad para identificar alimentos restringidos \_\_\_\_\_

*Alimentos altos en potasio (papas, tomates, plátanos, jugo de naranja)*

*Alimentos altos en fósforo (lácteos, frijoles cocidos, refrescos de cola)*

*Restricciones de líquidos (ganancia de peso por líquidos de 2 kilos entre sesiones de diálisis)*

Conocimiento de los valores monitoreados en laboratorio (PO4, K+) \_\_\_\_\_

Comprensión de las consecuencias por no cumplir la dieta \_\_\_\_\_

*K+ : Cardíacas -paro cardíaco*

*PO4 Se une con el calcio prurito, a largo plazo-huesos débiles*

*Líquidos Alta presión sanguínea falla cardíaca congestiva*

**Cumplimiento de la dieta renal**

Autoreporte \_\_\_\_\_

Reporte de laboratorio y Staff médico \_\_\_\_\_

**Conocimiento sobre los medicamentos**

Habilidad para nombrar medicamentos de consumo actual \_\_\_\_\_

*Calcio -debe ser consumido con alimentos (en 30 minutos) o no tiene efectos*

*También debe consumirse Multivitaminas (Nefrocapsulas), hierro Epógeno, etc.*

Comprensión del propósito de los medicamentos \_\_\_\_\_

**Cumplimiento con los medicamentos**

Autoreporte \_\_\_\_\_

Reporte de laboratorio y Staff médico \_\_\_\_\_

**Asistencia a las consultas médicas**

Autoreporte \_\_\_\_\_

Reporte del Staff médico \_\_\_\_\_

**Cumplimiento con otros regímenes médicos**

*Algunos pacientes con IRCT presentan comorbilidad. Por ejemplo la diabetes e hipertensión arterial son causas comunes de IRCT*

*debe valorar el cumplimiento cabal del paciente con estos otros regímenes. Hacer énfasis en el cumplimiento dietético*

*medicamentosos frecuencia de pruebas de glucosa etc*

Autoreporte \_\_\_\_\_

Reporte del Staff médico \_\_\_\_\_

nte

**Clasificación a las respuestas del paciente en las siguientes preguntas:**

1=Pobre, 2=Regular, 3=Bueno, 4=Muy Bueno, 5=Excelente, 0=Lo Ignora

**Habilidad para identificar los medicamentos del trasplante**

*inmunosupresores: Antirrechezo (Ciclosporina, Immuran) FK-506*

*esteroides (Prednisona)*

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

147

capacidad para definir el propósito de los medicamentos del trasplante  
*inmunosupresores. anti-rechazo bajo funcionamiento del sistema inmune (de otra manera, el sistema inmune reconoce al nuevo riñón como un objeto extraño y busca rechazarlo)*

capacidad para definir los efectos colaterales de los medicamentos  
*inmunosupresores incrementan la susceptibilidad a enfermedades infecciosas y riesgo de cáncer  
steroides ganancia de peso hinchazón facial crecimiento excesivo de cabello alteraciones del estado de ánimo (puede exacerbar condiciones psiquiátricas preexistentes) en los diabéticos puede afectar la forma en que la azúcar es metabolizada, etc.*

capacidad para identificar los síntomas de rechazo  
*síntomas parecidos a la gripe fiebre dolor localizado en el sitio de trasplante "sentirse mal" en forma general, retención de líquidos cambios en la orina*

comprensión de los riesgos de rechazo y probabilidades de éxito del trasplante  
*un porcentaje promedio hasta del 95% de probabilidades de éxito en el PTRDVR y un porcentaje promedio de hasta el 85% de probabilidades de éxito en el PTRCD*

comprensión de la importancia en el cumplimiento del periodo postoperatorio  
*deben tomar los medicamentos así como se prescriben (sin faltar una sola dosis pues el rechazo empieza inmediatamente) llamar al médico inmediatamente ante cualquier signo de rechazo asistir a las consultas médicas con regularidad*

comprensión del curso de recuperación en el periodo postoperatorio  
*permanecer en el hospital un mínimo de 10 días (aislamiento relativo) donde puede ser más larga la espera, solicitar tomen la presión sanguínea regularmente monitorear la ingesta de líquidos y salida de orina (medidas del funcionamiento del riñón). no levantar objetos pesados proteger el riñón (evitar deportes de contacto)*

tipo de trasplante  
 Cadavérico  
 Donador vivo / Relación:  
 Cadavérico, pero buscando opción con donador vivo / Explicar:

**ACTORES IMPLICADOS**

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

Existió algún cambio en el trabajo debido a la enfermedad física? (Sin cambio / Decremento en el trabajo / Incremento en el trabajo):

Si hubo un cambio, por favor explique:

Existió algún cambio en el ingreso económico debido a la enfermedad física? (Sin cambio / Decremento en el ingreso / Incremento en el ingreso):

Si hubo un cambio, por favor explique:

Existió algún cambio en el estudio debido a la enfermedad física? (Sin cambio / Decremento en el estudio / Incremento en el estudio):

Si hubo un cambio, por favor explique:

Existió algún cambio en su vida social debido a la enfermedad física? (Sin cambio / Decremento en socialización / Incremento en socialización):

Si hubo un cambio, por favor explique:

¿Ha sido difícil para usted la adaptación a los cambios presentados? (Si / No / ¿Por qué?)

**Preparación para Trasplantarse**

¿Número de trasplantes previos de riñón?

¿Cuáles son las razones para un trasplante de riñón?

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

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

**Decisión Voluntaria del Trasplante**

¿Describe en que consiste un trasplante?

¿Alguien le sugirió que se trasplantara? (No / Si / ¿Quién?)

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

188

¿Usted quiere trasplantarse? (Si / No / ¿Por qué?)

¿Alguien le ha dicho a usted que tiene la obligación de trasplantarse? (No / Si / ¿Quién? / ¿Por qué?)

¿Quiénes podrían beneficiarse si usted se trasplanta? (¿Por qué?)

¿Usted se siente obligado a trasplantarse? (No / Si / ¿Por qué?)

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

Selección del Órgano

¿Cómo surge la propuesta de que sea... quién le done?

¿Hay alguien que le haya ofrecido algo al donador a cambio de que donara? (No / Si / ¿Quién? / ¿Qué le ofreció? / ¿Por qué?)

¿Usted le ha exigido a su donador que le done? (No / Si / ¿Por qué?)

¿Viste una o más personas que estén insistiendo en que el donador le done? (No / Si / ¿Quiénes? / ¿Por qué?)

¿Qué alternativas tendría usted si el donador no pudiera donarle ya sea por contraindicación médica o por motivos personales?

Si no pudieran donarle, usted quedaría:

|            | Si  | No  | ¿Por qué? |
|------------|-----|-----|-----------|
| Indicado   | ( ) | ( ) |           |
| Entendido  | ( ) | ( ) |           |
| Del lado   | ( ) | ( ) |           |
| Añadido    | ( ) | ( ) |           |
| Satisfecho | ( ) | ( ) |           |
| Rejado     | ( ) | ( ) |           |
| ...        | ( ) | ( ) |           |

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

**DE DATOS FAMILIARES**

Estado civil actual... social más próxima; nombre, edad, ocupación y escolaridad del padre, madre, esposo(a), hermanos, hijos, familiares y otras personas significativas (también mencionar la calidad de relación con tales personas, esto desde el punto de vista del paciente -muy cercano/distante, pobre/algo distante, regular/algo cercana, buena/cercana, muy buena/muy cercana)

| Nombre | Edad | Ocupación | Escolaridad | Calidad de la Relación |
|--------|------|-----------|-------------|------------------------|
|        |      |           |             |                        |
|        |      |           |             |                        |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

149

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? (Sí / ¿En qué forma?) / (No / ¿Por qué?)

¿Existe alguien que cuide directamente de usted?

¿Quién le ayuda a realizar su diálisis?

¿Le comenta a alguien sus preocupaciones por su salud? (Sí / ¿A quiénes?) / (No / ¿Por qué?)

¿De qué manera sus familiares enfrentan el hecho de que usted tenga IRCT?

**CRITERIOS COMPLEMENTARIOS**

Historia de la historia psiquiátrica del paciente, sus estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, su estado mental al momento de la historia, resultados de pruebas psicológicas e información adicional

**Historia PSQUIÁTRICA**

Asignación a las respuestas del paciente en las siguientes preguntas:

0=No, 1=Si

Depresión severa \_\_\_\_\_

Intentos suicidas \_\_\_\_\_

Ansiedad Severa \_\_\_\_\_

Ataques de pánico \_\_\_\_\_

Medicamentos psicotrópicos \_\_\_\_\_

Medicamento psicotrópico actual:

Otros medicamentos psicotrópicos consumidos:

Hospitalización psiquiátrica \_\_\_\_\_

Fechas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Síntomas: \_\_\_\_\_

Psicoterapia privada \_\_\_\_\_

Fechas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Síntomas: \_\_\_\_\_

Consumo actual de drogas \_\_\_\_\_

Tipo de drogas y métodos de consumo (oral, IV, fumando):

Consumo de drogas en el pasado \_\_\_\_\_

Igual que lo anterior (si es diferente):

Consumo actual de tabaco \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Consumo de tabaco en el pasado \_\_\_\_\_

Igual que lo anterior (si es diferente):

Consumo actual de alcohol \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol en el pasado \_\_\_\_\_

Igual que lo anterior (si es diferente):

Problemas psiquiátricos en la familia \_\_\_\_\_

Abuso de sustancias en la familia \_\_\_\_\_

**ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO**

Describir situación de vida actual

Vive solo(a) \_\_\_\_\_

Vive con otra persona significativa \_\_\_\_\_

Vive con niños (especificar niños abajo) \_\_\_\_\_

Vive con los padres \_\_\_\_\_

Vive con otra persona cualquiera \_\_\_\_\_

Vive con amigos (especificar amigos abajo) \_\_\_\_\_

Vive en casa propia (describir abajo) \_\_\_\_\_

Carece de hogar (dar detalles abajo) \_\_\_\_\_

Otros (dar detalles abajo) \_\_\_\_\_

VALORES



150

Con quién cuenta el paciente como apoyo emocional?

Otras personas significativas (describir abajo, Ej. esposo<a>, novio<a>, etc.)

Hermanos

Niños

Padres

Otra persona cualquiera

Amigos

Staff médico

Iglesia

Otros (especificar )

TALLES:

Quién cuidará al paciente durante el periodo postoperatorio?

Otras personas significativas (describir abajo, Ej. esposo<a>, novio<a>, etc.)

Hermanos

Niños

Padres

Otra persona cualquiera

Amigos

Staff médico

Iglesia

Otros (especificar )

TALLES:

estrategias de enfrentamiento

Ejercicio

Actividades pasivas (lectura, tejer, pescar)

Técnicas de relajación (meditación, yoga)

Apoyo social

Otras diversiones (especificar )

Focalización de problemas

Focalización de emociones

Otros (especificar )

Descripción de actividades en un día normal del paciente

¿Cómo se percibe el paciente según su actividad en un día normal?

= Muy ocupado, muchas actividades

= Algo Ocupado, algunas actividades

= Moderadamente ocupado, cantidad promedio de actividad

= Algo inactivo, pocas actividades

= Muy inactivo, muy pocas actividades

EXAMEN MENTAL

Reacción a las características del paciente durante la entrevista:

0=No, 1=Si

Alerta

orientado

consciente

postoperatorio

deprimido en la memoria

deprimido en la concentración

deprimido en el juicio

estado de ánimo (más de un punto procede a análisis)

Normal/Eutímico

Alegre/Elevado

Depresivo

Ansioso

Irritable

Desesperanzado

Otro (especificar )

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Desórdenes del sueño actualmente \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es *Si*, entonces calificar de la siguiente manera (0=No, 1=Si) \_\_\_\_\_

Incremento en el sueño \_\_\_\_\_  
 Decremento en el sueño \_\_\_\_\_  
 Promedio en horas de sueño actualmente \_\_\_\_\_  
 Inicio del desorden del sueño (hace días/semanas/meses): \_\_\_\_\_

Cambios recientes en el apetito \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es *Si*, entonces calificar de la siguiente manera (0=No, 1=Si) \_\_\_\_\_

Incremento de apetito \_\_\_\_\_  
 Decremento de apetito \_\_\_\_\_  
 Kilos perdidos \_\_\_\_\_ Kgs desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Kilos ganados \_\_\_\_\_ Kgs desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Inicio del cambio de apetito (hace días/semanas/meses): \_\_\_\_\_

Cambios en el nivel de energía \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es *Si*, entonces calificar de la siguiente manera (0=No, 1=Si) \_\_\_\_\_

Incremento de energía \_\_\_\_\_  
 Decremento de energía \_\_\_\_\_  
 Inicio del cambio en el nivel de energía (hace días/semanas/meses): \_\_\_\_\_

Pérdida de interés en actividades \_\_\_\_\_  
 Ideas suicidas \_\_\_\_\_  
 Ideas homicidas \_\_\_\_\_  
 Ataques de pánico \_\_\_\_\_  
 Trastornos en el habla \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es *Si*, entonces calificar lo siguiente: \_\_\_\_\_

Apresurado \_\_\_\_\_  
 Lento \_\_\_\_\_  
 Otro (especificar: \_\_\_\_\_)

Trastornos en la motricidad \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es *Si*, entonces calificar lo siguiente: \_\_\_\_\_

Agitación psicomotora \_\_\_\_\_  
 Retardo Psicomotor \_\_\_\_\_  
 Otro (especificar: \_\_\_\_\_)

Alucinaciones \_\_\_\_\_  
 Delirios \_\_\_\_\_

**PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Índice de Depresión de Hamilton

Puntaje en depresión:

Grado en depresión:

E

Puntaje de ansiedad-estado:

Grado de ansiedad-estado:

Puntaje de ansiedad-rasgo:

Grado de ansiedad-rasgo:

Índice de Adherencia Terapéutica para Pacientes con IRCI

Puntaje de adherencia terapéutica:

Grado de adherencia terapéutica:

Índice de 16 Factores de la Personalidad

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



11/11/11

**IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL**

**SUMEN Y CONCLUSIONES**

**FORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL**

de laboratorio al momento de captarse el paciente:

- Glucosa
- Urea
- Ácido úrico
- Proteína
- Hemoglobina

Tratamientos:

Nombre y Firma del Psicólogo

Nombre y Firma del Paciente

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

159

RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

| No. De expediente | Nombre del paciente             | Edad | Estatus | Protocolo |
|-------------------|---------------------------------|------|---------|-----------|
| 41 37 02          | Leandro Godínez Hernández       | 17   | R       | PDVR      |
| 42 32 61          | Julio Cesar Godínez Hernández   | 25   | D       | PDVR      |
| 23 11 25          | Rocio Sanabria Ramírez          | 18   | R       | PDC       |
| 42 88 25          | Érika Laura Villegas Salinas    | 20   | D       | PDVR      |
| 44 89 33          | Mauricio González Godínez       | 28   | R       | PDVR      |
| 42 89 34          | Alicia Godínez Miranda          | 51   | D       | PDVR      |
| 39 72 05          | Jessica Aguilar Sánchez         | 19   | R       | PDVR      |
| 41 62 68          | Irene Sánchez Méndez            | 36   | D       | PDVR      |
| 35 95 58          | Guadalupe Pintor Hernández      | 23   | R       | PDC       |
| 06 08 31          | Juan Carlos Fernández Betancurt | 25   | R       | PDC       |
|                   | Ernestina Castillo dominguez    | 48   | R       | PDVR      |
|                   | Norma Alfaro Castillo           | 20   | D       | PDVR      |
| 12 54 56          | Bojorges terrazas Emilio        | 26   | R       | PDC       |
| 23 40 08          | Ma. Cruz Gonzalez Pina          | 29   | R       | PDC       |
| 39 06 83          | Ivon Miriam Hernández Barron    | 27   | R       | PDC       |
| 30 11 21          | Carola Castañeda Hernández      | 23   | R       | PDC       |
| 22 49 96          | Ana Cristina Mayeya Pérez       | 22   | R       | PDC       |
| 28 76 45          | Veronica Sanchez Moreno         | 25   | R       | PDC       |
| 19 18 03          | Martisol Velasco Palma          | 21   | R       | PDC       |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CASO CLÍNICO

TRANSPLANTE RENAL



INVENTARIO DE BECK BDI\*

15108/01 EDAD 22 años SEXO Femenino ESTADO CIVIL soltera  
CATEGORIA 3 meses de trabajo social  
OCUPACION Recepcionista

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

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

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

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

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

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

1) YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO  
2) SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO  
3) ESPERO SER CASTIGADO  
4) SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

C1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# TRANSPLANTE RENAL



0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO  
1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO  
2 ESTOY DISGUSTADO DE CONMIGO MISMO  
3 ME OUDIO

0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS  
1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES  
2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS  
3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE

0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS  
1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO  
2 ME GUSTARIA SUICIDARME  
3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD

0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL  
1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO  
2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO  
3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO

0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
1 ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES  
2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO  
3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO

0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE  
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE  
3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE

0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE LO HE HECHO  
1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MAS QUE ANTES  
2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES  
3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES

0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA  
1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)  
2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO  
ATRACTIVO(A)  
3 CREO QUE ME VEO FEO(A)

0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES  
1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO  
2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO  
3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TRANSPLANTE RENAL



0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES

1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO

2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR

3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR

0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL

1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO

2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO

3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA

0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL

1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO

2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA

3 NO TENGO APETITO DE NADA

0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE

1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS

2 HE PERDIDO MAS DE CICO KILOGRAMOS

3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS

A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS

SI \_\_\_\_\_ NO

0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES

1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO, DOLORES, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACION

2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY DIFICIL PENSAR EN ALGO MAS

3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUNA COSA OTRA COSA

0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO

1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA

2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA

3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

**TEJIS CON FALLA LE ORIGEN**

5 = M. n/mg

159

# TRANSPLANTE RENAL



## INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE Carlota Castañeda Hernández EDAD 22 años SEXO femenino  
 PACIENTE Receptorista EDO. CIVIL soltera FECHA 15/03/01

INDICACIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SINTOMAS MAS COMUNES DE LA ENFERMEDAD. LEE CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMACION. INDICA CUANTO TE HA MOLESTADO CADA AFIRMACION DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY, MARCANDO CON UNA X SEGUN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA

|                                  | POCO O NADA | MAS O MENOS | MODERADAMENTE | SEVERAMENTE |
|----------------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| ENTUMECIMIENTO, HORMIGEO         | X           |             |               |             |
| SIENTIR OLEADAS DE CALOR         |             |             |               |             |
| (OJOS)                           | X           |             |               |             |
| DEBILITAMIENTO DE PIERNAS        | X           |             |               |             |
| DIFICULTAD PARA RELAJARSE        |             | X           |               |             |
| MIEDO A QUE PASE LO PEOR         |             | X           |               |             |
| SENSACION DE MAREO               | X           |             |               |             |
| PRESION EN EL PECHO, O LATIDOS   |             |             |               |             |
| ACELERADOS                       | X           |             |               |             |
| INSEGURIDAD                      | X           |             |               |             |
| ERROR                            | X           |             |               |             |
| SERVOSISMO                       | X           |             |               |             |
| SENSACION DE AHOGO               | X           |             |               |             |
| MANOS TEMBLOROSAS                |             |             |               | X           |
| CUERPO TEMBLOROSO                | X           |             |               |             |
| MIEDO A PERDER EL CONTROL        | X           |             |               |             |
| DIFICULTAD PARA RESPIRAR         |             | X           |               |             |
| MIEDO A MORIR                    |             |             |               | X           |
| ASUSTADO                         | X           |             |               |             |
| INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL |             | X           |               |             |
| DEBILIDAD                        | X           |             |               |             |
| ERUBORIZARSE, SONROJAMIENTO      | X           |             |               |             |
| ERUBORACION (NO DEBIDA AL CALOR) | X           |             |               |             |

C1

10 = 100%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

160

**REGISTRO DE ACTIVIDADES DENTRO DEL PERIODO DE AISLAMIENTO**

| Horas                 | 1 | 2      | 3      | 4                     | 5      | 6 | 7      | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------|---|--------|--------|-----------------------|--------|---|--------|---|---|----|----|----|
| Actividades           |   |        |        |                       |        |   |        |   |   |    |    |    |
| Escuchar música       |   |        |        |                       |        |   | X      |   |   |    |    |    |
| Leer                  |   |        |        |                       | X      |   |        |   |   |    |    |    |
| Rezar                 |   |        |        |                       |        |   |        | X |   |    |    |    |
| Hablar con familiares | X |        |        |                       |        |   |        |   |   |    |    |    |
| Resolver crucigramas  |   |        |        |                       |        | X |        |   |   |    |    |    |
| Otras                 |   | ver tv | ver tv | hablar con enfermeras | Ver tv |   | Ver tv |   |   |    |    |    |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C2

REGISTRO DE ACTIVIDADES DENTRO DEL PERIODO DE AISLAMIENTO

| Horas                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7   | 8 | 9 | 10                 | 11     | 12                 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|--------------------|--------|--------------------|
| Actividades           |   |   |   |   |   |   |     |   |   |                    |        |                    |
| Escuchar música       |   |   |   |   | X |   | C I |   |   |                    |        | X                  |
| Leer                  |   |   |   |   |   |   | R U |   |   |                    | X      |                    |
| Rezar                 |   |   |   |   |   | X | G I | X |   |                    |        |                    |
| Hablar con familiares |   |   |   |   |   |   | A   | X | X | hablar por celular |        | Hablar por celular |
| Resolver crucigramas  |   |   |   |   |   |   |     |   |   |                    |        |                    |
| Otras                 |   |   |   |   |   |   |     |   |   |                    | ver tv |                    |

C2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

291

## REGISTRO DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

|                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                       |    |                        |    |                        |    |                                 |    |    |    |    |    |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---------------------------------------|----|------------------------|----|------------------------|----|---------------------------------|----|----|----|----|----|
| Hora                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13                                    | 14 | 15                     | 16 | 17                     | 18 | 19                              | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Situación o evento asociado |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | Toma de muestra de sangre<br><b>1</b> |    | Estar sola<br><b>1</b> |    | Estar sola<br><b>1</b> |    | Luz preñada, hambre<br><b>2</b> |    |    |    |    |    |

## REGISTRO DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

|                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |                                  |    |                        |    |    |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------|----|----------------------------------|----|------------------------|----|----|
| Hora                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18                        | 19 | 20                               | 21 | 22                     | 23 | 24 |
| Situación o evento asociado |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    | estar inmóvil<br><b>2</b> |    | dolor, estar inmóvil<br><b>2</b> |    | Estar sola<br><b>1</b> |    |    |

INTENSIDAD

1. LEVE
2. MODERDA
3. SEVERA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C3

***Lista de estresores identificados por la paciente y el terapeuta para el periodo de aislamiento.***

- 1) Pérdida de la funcionalidad
- 2) Falta de contacto con familiares
- 3) Dolor
- 4) Estar sola
- 5) Insomnio
- 6) El ruido de la campana de flujo laminar

***Lista de actividades propuestas por la paciente para el periodo de aislamiento.***

- 1) Escuchar música
- 2) Leer
- 3) Rezar
- 4) Hablar con familiares
- 5) Resolver crucigramas
- 6) Otras que puedan surgir sin haberse establecido previamente

**C4**

164

Estudios apoyados por **CONACYT** bajo el programa 4028, **Maestría - en Psicología Profesional**, durante el periodo de septiembre de 1999 a febrero de 2000, con el número de registro de becario 133134.