

01968
5



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

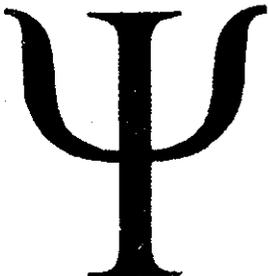
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

OLIVIA BARAJAS MARROQUIN

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

**COMITE TUTORAL: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS**



MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A mis padres y a mis hermanos
por el apoyo y cariño que me
han brindado siempre*

Olivia

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Posgrado por darme la oportunidad de continuar preparándome profesionalmente.

Gracias al Dr. Samuel Jurado por el apoyo incondicional como tutor académico.

Gracias al CONACYT y la SERSAME (SSA) por el apoyo que me brindaron.

Asimismo quiero darles las gracias a las psicólogas, enfermeras, médicos y personal administrativo que me brindaron su amistad y apoyo, en el Hospital General de Atizapán y en el Hospital Juárez de México.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
Medicina Conductual.....	4
Enfermedad Crónica.....	6
Afrontamiento de la enfermedad.....	8
Adherencia al tratamiento.....	10
La hospitalización como estresor.....	11
II. CONTEXTO DEL SERVICIO.....	14
Hospital General de Atizapán.....	14
Ubicación del Servicio de Psicología	15
Hospital Juárez de México.....	16
Ubicación del Servicio de Psicología	17
III. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS.....	19
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN	
<i>Intervención en el Servicio de Medicina Interna.....</i>	19
Diabetes Mellitus.....	20
Insuficiencia Renal Crónica.....	26
Objetivos.....	28
Procedimiento.....	29
Resultados.....	30
Evaluación de la Intervención.....	33
<i>Intervención en el Servicio de Cirugía.....</i>	33
Intervención psicológica para procedimientos quirúrgicos.....	34
Objetivos.....	35
Procedimiento.....	36
Resultados.....	37
Evaluación de la Intervención.....	38
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	
<i>Intervención en el Servicio de Oncología.....</i>	41
Cáncer	42
Creencias acerca de la enfermedad.....	42

Objetivos.....	48
Procedimiento.....	49
Resultados.....	51
Evaluación de la Intervención.....	53
Autoevaluación de las competencias desarrolladas.....	54
IV. ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LAS SEDES.....	55
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN	
Asistencia a sesiones generales.....	55
Sesiones académicas.....	55
Investigaciones.....	57
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	
Asistencia a sesiones de Psicología.....	69
Asistencia a clases de Oncología.....	69
V. ACTIVIDADES DE APOYO A LAS INSTITUCIONES.....	70
Interconsultas.....	70
Clínica del Adolescente.....	70
Taller de Autoestima.....	72
VI. ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.....	76
Conferencias.....	76
Ponencias.....	77
Competencias profesionales alcanzadas.....	77
VII. EVALUACIÓN.....	78
Evaluación de las actividades profesionales.....	78
Evaluación del sistema de supervisión.....	81
Supervisión in situ.....	81
Supervisión académica.....	82
VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	83
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La historia del proceso de salud-enfermedad muestra cómo las principales causas de morbi-mortalidad han ido cambiando, principalmente los patrones de comportamiento, por ejemplo, a principios del siglo XX fueron las neumonías, influenza, tuberculosis e infecciones gastrointestinales; mientras que ahora, los padecimientos que han alcanzado las principales causas de enfermedad y muerte son los cardiovasculares, cáncer, accidentes, hipertensión arterial, es decir, son enfermedades no transmisibles debidas al estilo de vida (patógenos conductuales), las cuales, en un momento dado, pueden mutilar, incapacitar y matar (Matarazzo, 1984).

Con la disminución de dichas enfermedades infecciosas, los padecimientos crónico-degenerativos, accidentes y lesiones -que es superior en un 40% en países desarrollados, en comparación con los países en vías de desarrollo- han empezado a ocupar las primeras causas de morbi-mortalidad en México por ejemplo (SSA, 1999). Es decir, que el comportamiento humano es una de las principales causas de enfermedad, aunque también debemos considerar otros factores como el acceso a los servicios de salud, herencia, nutrición, calidad del ambiente, así como, otra variable que podría estar influyendo en esos factores, sería el nivel socioeconómico, pues éste le permite o no, por ejemplo, a las personas tener una mejor alimentación y/o tener en general una mejor calidad de vida.

Cabe mencionar que debido al estilo de vida en las grandes ciudades, el estrés que la gente vive diariamente repercute en su salud física y mental, aunado a los factores de riesgo que se mencionaron anteriormente. De esta manera se conjugan y multiplican las posibilidades de enfermar, lo cual también va a depender de la etapa del desarrollo, edad, sexo, actitudes, estrategias de afrontamiento, etc.

El servicio que brindan las instituciones de salud, de segundo y tercer nivel, se encuentra orientado a una atención integral a los pacientes, ofreciendo diversas especialidades e intervenciones por parte del personal que lo conforma. Asimismo, los hospitales pueden considerarse como centros de enseñanza e investigación y como un lugar de entrenamiento de futuros profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, químicos, psicólogos, etc.).

La necesidad de implementar el servicio de Psicología, específicamente un programa con enfoque a la salud a nivel hospitalario, surge por el impacto que se puede tener sobre los comportamientos de la población que acude para que se le brinde atención médica principalmente. Siendo el hospital una institución en la que las personas pueden obtener servicios sanitarios para el diagnóstico tratamiento y la rehabilitación por enfermedades orgánicas o ante ciertas discapacidades.

El Programa de Residencia en Medicina Conductual tuvo como objetivo desarrollar habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamientos éticos, por parte del psicólogo residente, en las acciones enfocadas a la salud con los pacientes y el personal de los hospitales. Contemplando una calidad en la investigación, el servicio y en general en el desempeño como profesional de la salud, poniendo en práctica todos los conocimientos, técnicas y estrategias de intervención aprendidas en las actividades teórico-prácticas del Programa Operativo.

Durante el desempeño de la Residencia la intervención práctica se realizó en la primera rotación en el Hospital General de Atizapán (HGA) "Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler" y en la segunda en el Hospital Juárez de México (HJM). En los cuales se llevaron a cabo actividades profesionales de *promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación* en los servicios de medicina interna, cirugía, en la clínica del adolescente y consulta externa en el HGA; y en la

especialidad de oncología en el HJM dentro de los servicios de tumores mixtos, de mama, ginecología y, cabeza y cuello.

De acuerdo con cada una de las demandas de los servicios se realizó lo siguiente: Revisión bibliográfica para diseñar intervenciones con los pacientes; entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales específicas para tratar problemas de adaptación, estrés, ansiedad, depresión principalmente; aplicación de instrumentos para el diagnóstico; desarrollo de habilidades y competencias terapéuticas de intervención en consejo psicológico y canalización de pacientes; así como, entrenamiento en la entrevista de exploración y elaboración de la nota psicológica. Además se desarrollaron otras actividades académicas y de apoyo dentro de los hospitales integrando el trabajo multidisciplinario.

Particularmente el tipo de problemas que se identificaron en las intervenciones con los pacientes durante la hospitalización fueron: manejo de ideas irracionales con respecto a la enfermedad y a los procedimientos médicos, sintomatología psicológica de estrés, ansiedad, tristeza o depresión. Siendo así, necesario educar y orientar al paciente para que fuera generando una percepción de control de sus reacciones emocionales y de esta manera también se facilitara la adherencia terapéutica y un cambio en su estilo de vida, en él y sus familiares para reducir el estrés, ansiedad, depresión; así como, se les orientaba acerca de los cuidados que se debe tener para mejorar o mantener una buena calidad de vida.

A continuación se hace una breve reseña teórica de aspectos relacionados con el surgimiento de la medicina conductual, la enfermedad crónica, el afrontamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y la hospitalización como estresor.

Medicina Conductual

La creencia de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud se fue observando desde las civilizaciones China, Griega y Romana; por ejemplo, los buenos hábitos y el evitar los excesos de la medicina griega fueron considerados esenciales para una buena salud; es decir, en algún momento pudieron darse cuenta de que los individuos podían tener algún control sobre su salud, en lugar de enfatizar el pensamiento mágico o culpar a los dioses de la enfermedad como en las culturas primitivas (Matarazzo, 1984).

Buela y Caballo (1991) hacen una revisión histórica de la evolución de la Medicina Conductual y señalan que desde 1930 a 1950 se realizaron estudios por Franz Alexander en la Escuela Psicosomática, considerando la mediación simbólica de los procesos fisiológicos, proponiendo que los conflictos psicológicos inconscientes pueden desencadenar el mal funcionamiento somático, es decir, la enfermedad psicosomática. Sin embargo, los procedimientos y resultados no probaron ser generalizables. Posteriormente se desarrollaría la Psicofisiología Experimental, la cual se centra en el estudio de las bases fisiológicas de los procesos psicológicos; es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales a partir de la introducción de sus componentes psicológicos y biológicos. La mejora de la instrumentación, las nuevas tecnologías y los resultados empíricos relacionados con las bases psicofisiológicas de la emoción, la motivación y la consciencia han contribuido al desarrollo de la Medicina Conductual y Psicología de la Salud. El avance de estos estudios ha permitido el uso de la Biorretroalimentación para medir las reacciones fisiológicas.

Otra disciplina que contribuyó al desarrollo de la Medicina Conductual fue la Medicina Preventiva, para 1974 el gobierno canadiense publicó una nueva

perspectiva sobre la salud en su país, planteando que las causas de salud y enfermedad tenía cuatro elementos (De León y Vanderbos, 1984; en Buela y Caballo, 1991):

1. El inadecuado sistema de salud existente
2. Factores conductuales o estilos de vida insanos
3. Riesgos ambientales para la salud
4. Factores biológicos

Se plantea el interés sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como el adoptar estilos de vida y conductas individuales como factores necesarios para evitar riesgos.

La Medicina Conductual surge para estudiar el proceso de salud-enfermedad de una manera interdisciplinaria en la "Conferencia de Yale sobre Medicina Conductual en 1977", y en abril de 1978 se define como: "el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedades, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250). La Medicina Conductual es un amplio campo interdisciplinar de investigación, educación y práctica enfocadas a la salud-enfermedad físicas; y que conjunta elementos de la psicología, la sociología, antropología, epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina, enfermería, trabajo social, entre otras.

El desarrollo de la Medicina Conductual se perfila por el interés de cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el resultado de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad (Donker, 1991).

Es decir, que dentro del concepto de la Medicina Conductual se abarcan diversas disciplinas para conformar un marco teórico y práctico, entrelazado con las aportaciones psicológicas en la salud. El psicólogo interviene modificando o educando la adquisición de hábitos saludables, adherencia terapéutica, manejo del estrés, de enseñar a los pacientes cómo vivir con una determinada enfermedad (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Enfermedad Crónica

La *enfermedad crónica* puede ser definida como aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista a lo largo del tiempo. Una variedad de factores ambientales (entre los que se encuentran los hábitos y estilos de vida, la contaminación, el estrés, los accidentes, etc.), hereditarios, nutricionales, acceso a los servicios de salud pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades. Además, cualquier enfermedad aguda puede llegar a cronificarse por diversas causas. Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente pasa por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, psicológico y social; y puede percibir que su forma habitual de enfrentar los problemas no es eficaz, o al menos temporalmente (Latorre y Beneit, 1996); y como consecuencia se experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo y desorganización. Las reacciones adaptativas que se presentan son:

- Hacer frente al dolor y/o incapacitación
- Enfrentarse al ambiente hospitalario
- Establecer relaciones adecuadas con el profesional de salud

Las enfermedades crónicas generalmente afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes. En estos padecimientos se presenta una fase inicial crítica en las que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas como sucede en las enfermedades agudas. En el transcurso de la

enfermedad hay cambios en la actividad física, familiar, laboral y social de los pacientes. Asimismo, el enfermo debe asumir emocionalmente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida. Por lo cual atraviesa por una crisis personal en la que se tendrán que adaptar estrategias para enfrentar la enfermedad, por ejemplo, a) negar o minimizar la gravedad del padecimiento, b) buscar activamente información relevante para afrontar los problemas derivados de la enfermedad y tratamiento, o bien, c) otra estrategia de afrontamiento puede ser buscar apoyo emocional por parte de su familia, amigos o personal de salud (Taylor, 1983).

Posteriormente a la fase crítica ante el diagnóstico de la enfermedad se pueden asociar otros problemas de índole físico, consecuencia directa del propio trastorno como dolor, cambios metabólicos, dificultades respiratorias, dificultades motoras, deterioro cognitivo (lenguaje, memoria, déficit de aprendizaje. Otros problemas pueden derivarse por el tratamiento médico por ejemplo, con la quimioterapia, radioterapia que provocan efectos desagradables, o quizás amputaciones, etc. Los tratamientos incluyen, en la mayoría de las veces, restricciones en las actividades, cambios en la dieta, dejar de fumar, hacer ejercicio, etc. Es por ello, que el paciente tenga una sensación de que los tratamientos les imponen muchas limitaciones representándoles una fuente de malestar y disconfort, y que va a limitar la adherencia al tratamiento, pues los individuos manifiestan dificultad para cambiar hábitos que forman parte de su estilo de vida.

Generalmente los pacientes presentan una serie de reacciones emocionales ante el diagnóstico de una enfermedad crónica como: negación, miedo, ansiedad, depresión coraje, frustración, desamparo, desesperación, vergüenza, problemas de autoestima, insomnio, preocupación por el deterioro de la imagen corporal, dependencia, incapacidad, remordimiento, culpa, ideas suicidas, sentencia de muerte, duelo, hasta llegar a una fase de aceptación y

reconciliación de la persona con la enfermedad y el tratamiento (Latorre y Beneit, 1996).

Factores que influyen para que la enfermedad sea estresante

- Duración (aguda o crónica)
- La forma de aparición: repentina o inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa
- La intensidad y gravedad
- La etapa del proceso de la enfermedad

Afrontamiento de la enfermedad

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto; por lo que, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante el cual tendrá que afrontar (Sarafino, 1994).

Afrontamiento: Es el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual que hace la persona para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que lo amenazan o lo desafían (Lazarus y Folkman, 1986). Es decir, que es un proceso por el cual la gente trata de manejar la percepción entre las demandas y los recursos que ellos evalúan en una situación estresante. Las personas realizan esfuerzos para enfrentar el estrés pero esto no necesariamente da solución a sus problemas, ya que intervienen pensamientos, emociones y conductas en la transacción con el medio ambiente, buscando alterarlo y lograr una regulación en su respuesta emotiva.

El afrontamiento tiene dos funciones:

- * manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema)

* regular la respuesta emocional que se da como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción)

La evaluación que la persona hace de su enfermedad, está determinada por tres factores:

1. *Socio-demográficos y personales*: edad, sexo, posición económica, inteligencia, madurez emocional y cognitiva, autoestima, creencias religiosas y filosóficas, enfermedades previas y experiencias de afrontamiento anteriores. La etapa de la vida en que se presenta la enfermedad. La superación de la crisis es diferente en un niño, un adolescente, un adulto o en un anciano.
2. *Relacionados con la enfermedad*: clase y localización de los síntomas, duración
3. *Ambientales*, físicos (espacio personal disponible, el grado de estimulación sensorial, etc.) o sociales (como la relación con los familiares, características relacionadas al trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales).

Lo que hace el individuo al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. Se pueden observar un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que genera el estrés. Las tareas pueden dividirse en siete categorías (Moos,1977):

- a) Reconocer, aceptar y controlar los síntomas, y prevenir las crisis cuando sea posible.
- b) Aceptar o no el tratamiento
- c) Mantener relaciones adecuadas con el personal de salud
- d) Conservar un equilibrio emocional razonable
- e) Conservar la autoimagen, un sentido de control y competencia satisfactoria
- f) Conservar las relaciones interpersonales con la familia y amigos
- g) Prepararse para un futuro incierto y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre

La adaptación a la enfermedad crónica exige una reorganización y adaptación de uno mismo, así como plantearse un proyecto de vida que trascienda las limitaciones impuestas por la enfermedad, incluyendo los componentes cognitivos, emocionales y conductuales.

Adherencia al Tratamiento

La adherencia se refiere al proceso mediante el cual, el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta (médico o profesional de la salud), y cuando se cumplen las prescripciones recibidas (Paz, 1999). También se considera que la adherencia es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Latorre y Beneit, 1996).

Cumplir con el tratamiento de una enfermedad crónica no es algo sencillo, no es un simple seguimiento de unas instrucciones mecánicas; pues, comprende una complicada trama de interrelaciones e interdependencias entre varios elementos: medicamentos, dieta, ejercicio y conductas de autocuidado. Lo que obliga al paciente a una constante toma de decisiones con respecto al estado del organismo y los acontecimientos ocurridos en las horas inmediatas (Polaino-Lorente, 1994). Los componentes de la adherencia deben tomar en cuenta las condiciones necesarias para que el paciente conozca y comprenda la enfermedad, sepa reaccionar ante sus manifestaciones y controle lo más que pueda la rutina que implica su tratamiento. Así se debe informar a los pacientes sobre la enfermedad y formarles sobre su autocuidado, esperando que al conocer en qué consiste su enfermedad, el paciente sea más receptivo y que esté con una mejor disposición para mantener un papel activo que le corresponde asumir por el resto de su vida.

Además el involucrar a los familiares de los pacientes constituye un factor crucial para lograr la adherencia al tratamiento, pues, en cierta medida ellos ayudarán a los pacientes a que adopten y mantengan las conductas apropiadas para el manejo de la enfermedad. Por lo que, se deben cubrir objetivos educativos para la familia para apoyar al tratamiento del paciente:

* Supervisión de la adherencia al tratamiento

- Dieta, medicación, ejercicio
- Apoyo en las situaciones estresantes
- Controles médicos periódicos

* Eliminación de barreras para la adherencia

- Modificación de pautas de comportamiento familiar que perjudiquen la adherencia
- Eliminación o reducción de pautas de alimentación contrarias a la dieta
- Reducción o eliminación de situaciones de tensión emocional negativas

La hospitalización como estresor

La hospitalización supone el ingreso en una institución muy diferenciada, lo que implica para el paciente algunas exigencias específicas para lograr su recuperación; pero además impone un cambio de vida dentro del sistema social de la persona, teniendo que asumir un nuevo rol (el de paciente hospitalizado) y, al mismo tiempo, produce un impacto disruptivo en el resto de sus roles. Normalmente, es un acontecimiento indeseado y, a veces, no planificado; teniendo fuertes características estresantes. Lo cual va a generar ciertos efectos psicosociales: impacto del marco medio-ambiental del hospital, pérdida de la

intimidad, dependencia, despersonalización (pérdida parcial de la identidad), interrupción de los roles habituales y la exigencia para que se adopte el rol de paciente hospitalizado (Rodríguez-Marín, 1995).

Es importante considerar que algunas de las reacciones psicológicas (estrés, ansiedad, depresión, etc.) de los pacientes, son generadas a partir de su hospitalización y por su misma enfermedad (sea ésta aguda o crónica):

1) La persona que entra al hospital se encuentra enferma, por lo que sus recursos de afrontamiento podrían estar reducidos. Así con frecuencia los pacientes, que ya ingresan ansiosos y/o deprimidos, como consecuencia de su enfermedad, se enfrentan con una situación estresante, y con una ignorancia acerca de su propio futuro, y sin olvidar la reducción del desempeño de sus roles cotidianos.

2) El procedimiento habitual de ingreso no alivia el estado emocional del paciente, sino que la aumenta negativamente.

3) La hospitalización fuerza la adopción de un rol cuya representación se ve acompañada de dependencia, pérdida de la intimidad, el ingreso y la estancia causa efectos emocionales negativos, tales como depresión, ansiedad, ya que se valora como un suceso estresante, y más si es la primera vez que se hospitaliza.

De acuerdo con Rodríguez-Marín (1995), la hospitalización puede observarse como:

a. *Un estresor cultural*: el paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria.

b. *Un estresor social*: el rol de paciente hospitalizado, tiene elementos que presionan frecuentemente sobre la identidad psicosocial de la persona, y las interacciones sociales en el hospital pueden llegar a ser una importante fuente de estrés por sí mismas.

c. *Un estresor psicológico*: puede presentar fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos por las situaciones de dependencia, o situaciones consideradas como infantiles.

d. *Un estresor físico*: debido a que la mayoría de las percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, sabor de la comida etc.) y el propio entorno físico del mismo, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes.

El proceso de salud-enfermedad implica una interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Es por ello, que el conocimiento e investigación debe enfocarse al estudio multidisciplinario para diseñar programas de intervención: en la promoción de la salud, prevención primaria, tratamiento y rehabilitación. La relevancia de las variables comportamentales y psicosociales deben considerarse para una intervención integral, la participación del psicólogo en el área de la salud está encaminada al desarrollo de técnicas y estrategias que permitan cambios cognoscitivos, afectivos y conductuales ante la salud-enfermedad.

En esta primera parte se hizo una reseña de la Medicina Conductual y la intervención psicológica, así mismo se abordaron temas generales que se encuentran relacionados cuando se padece una enfermedad crónico-degenerativa (afrentamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y la hospitalización como estresor), en las siguientes secciones se describirán el contexto del servicio, las actividades desarrolladas, las actividades académicas, así como la evaluación en cada uno de los hospitales y los servicios en los que se intervino.

II. CONTEXTO DEL SERVICIO

El *Hospital General de Atizapán* es una institución de Segundo Nivel, en donde se da atención a la población en Consulta Externa y Hospitalización; se ofrecen diferentes especialidades. Dicho hospital cuenta con 610 personas aproximadamente, entre ellos están un total de 81 médicos adscritos a los servicios de: Pediatría (12), Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (6), Gineco-Obstetricia (11), Medicina Interna (17), Anestesia (10), Cirugía (16), Subdirectores y Jefes de Servicio (9).

Se cuenta con 35 médicos residentes en los servicios de: Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Además, hay 27 médicos internos, distribuidos de la siguiente manera: 6 en gineco-obstetricia, 6 en cirugía, 6 en pediatría, 3 en medicina interna, 3 en urgencias y 3 en medicina preventiva.

En Enfermería se tienen 203 enfermeras de base: 68 en el turno matutino, 33 en el vespertino, 67 en el nocturno y, 35 en la jornada de sábado y domingo. En el Departamento de Trabajo Social hay 7 trabajadoras sociales en la mañana, 1 en la tarde y 2 en sábado y domingo.

En hospitalización se tienen 144 camas: 39 en el piso de cirugía, 34 en piso de medicina interna, 38 en gineco-obstetricia, y las 33 restantes se ubican en pediatría, terapia intensiva y urgencias.

En este hospital se promueven, principalmente, conductas saludables en la familia, obteniendo la recertificación de la UNICEF como un "Hospital Amigo del Niño y de la Madre". Las acciones que se llevan a cabo, se pueden resumir como sigue: capacitar y orientar al personal, así como a las madres sobre lactancia materna; control prenatal con enfoque de riesgo; vigilancia y crecimiento del

menor de 5 años; detección de cáncer cérvico-uterino y mamario; atención a la salud integral del adolescente; orientación nutricional; prevención y manejo de la enfermedad diarreica y respiratoria agudas; promoción de la planificación familiar, sistematización de la experiencia; identificación y aprovechamiento de oportunidades de intervención perdidas, e investigación operativa.

Aproximadamente se atienden 170 pacientes diariamente en Consulta Externa; la población que acude al hospital, en su mayoría, es gente de escasos recursos, con un bajo nivel educativo y que residen en los municipios aledaños de Nicolás Romero, Chapa de Mota, Villa del Carbón, entre otros.

Ubicación del Servicio de Psicología

Al inicio del Programa de Residencia, en el mes de marzo del 2000, en el hospital no había un servicio de Psicología como tal, por lo que no se tenían objetivos y metas. Se contaba con dos psicólogas (una se encontraba en el servicio de Pediatría dando atención a niños y otra en Relaciones Públicas cubriendo funciones administrativas) y un psiquiatra, el cual daba la consulta externa. A partir del mes de junio se inaugura un consultorio de Salud Mental, que dependía directamente de Medicina Interna, en donde se empiezan a establecer objetivos por parte de los profesionales encargados de cubrir este servicio (el psiquiatra, las psicólogas y los residentes de medicina conductual).

Los residentes de Medicina Conductual dependían directamente del Servicio de Medicina Interna y se ubicaron en el área de informes o en el conmutador. Las intervenciones se llevaron a cabo en el piso de cirugía y medicina interna. La consulta externa se dió en las aulas de clase, en las áreas verdes al inicio de la Residencia, posteriormente en el consultorio de la Clínica del Adolescente y en el consultorio de Salud Mental.

El **Hospital Juárez de México** es una institución de Tercer Nivel que cuenta con 40 servicios de especialidades y Sede Nacional de Transplantes. En el Servicio de Oncología se tienen 6 especialidades específicas: tumores mixtos (18%), mama (42%), ginecología (27%), cabeza y cuello (13%), radioterapia y oncología médica (quimioterapia), en los cuales se ofrece atención en consulta externa y en hospitalización:

1. Consulta Externa: cuenta con 4 consultorios, 2 salas de radioterapia, 1 sala de quimioterapia, 1 sala donde se hacen biopsias y se reciben urgencias, 2 quirófanos y 1 sala de espera, aproximadamente se atienden 500 pacientes a la semana.
2. Hospitalización: tiene 6 salas con 6 camas cada una, en ellas se internan a los pacientes que se les realizará alguna cirugía, para quimioterapia o para recibir tratamiento paliativo (manejo del dolor, reducción de síntomas secundarios, etc.). Aproximadamente se hospitalizan 50 pacientes a la semana. Diariamente el personal médico (adscritos, residentes y estudiantes), la trabajadora social y las residentes de medicina conductual realizan el pase de visita en piso, durante una hora.

El servicio de Oncología se integra por el jefe de servicio, 9 médicos adscritos, tres residentes de 3er. año, tres de segundo y cuatro de 1er. año. Además hay otros médicos residentes que rotan por el servicio (de 1 a 3 meses), entre ellos está los de cirugía general, cirugía de tórax, ginecología, clínica del dolor. Hay 3 técnicos de radioterapia, 27 enfermeras (13 en consulta externa y 14 en hospitalización), 3 trabajadoras sociales, 2 recepcionistas, 2 secretarias y 3 camilleros.

La población que se atiende en su mayoría provienen de otros estados de la República Mexicana o acuden por interconsultas de otros hospitales ubicados en el área metropolitana. Frecuentemente son pacientes de bajo nivel de escolaridad y socioeconómico, así como de religión católica, el rango de edad comprende de los 18 años en adelante; se tiene que considerar que una gran parte de los pacientes se encuentran desempleados, dadas las condiciones físicas de la enfermedad o por el tiempo que les implica acudir al hospital para su tratamiento.

Ubicación del Servicio de Psicología

El servicio de Psicología se ubica junto a Rehabilitación, cuenta con 9 psicólogos adscritos los cuales intervienen con diferentes enfoques psicológicos (psicoanálisis, cognitivo conductual) hay una trabajadora social que se encarga de la Terapia Familiar y de Pareja, 1 psiquiatra. Ellos intervienen en la Consulta Externa y también en Hospitalización mediante interconsultas. Los siete residentes del Programa de Medicina Conductual también forman parte de este departamento, se asignaron 3 en el servicio de Transplante Renal y 4 en Oncología.

Las 4 residentes de Oncología, tres del primer año y una del segundo año, se distribuyeron en una rotación cada tres meses en los subservicios. La intervención del Programa de Residencia se desarrolla en consulta externa y en hospitalización; en el primer caso, las residentes estuvieron dentro del consultorio de alguno de los servicios: tumores mixtos, mamarios, ginecológicos, cabeza y cuello, en la sala de quimioterapia o biopsias, para identificar a los pacientes que muestran alguna alteración emocional. La intervención se realizaba generalmente

en el consultorio 3 si se encontraba desocupado, pero la mayoría de las veces se llevó a cabo en el pasillo, afuera de la consulta externa, o bien en los espacios de quimioterapia y biopsias. En hospitalización la intervención se realizaba en la sala o en el pasillo, y cada residente atendió a los pacientes del servicio en que se interviene en consulta externa. Es decir, que no hubo un lugar específico en donde se ubicaran los residentes.

III. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Hospital General de Atizapán

“Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler”

Durante la rotación en este hospital se intervino con pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa principalmente (diabetes, insuficiencia renal crónica, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, VIH-SIDA, entre otras) en los servicios de Medicina Interna y Cirugía; se prepararon psicológicamente a pacientes para procedimientos quirúrgicos, se atendieron también en Consulta Externa, se desarrollaron actividades en la Clínica del Adolescente y se impartieron sesiones académicas para los médicos internos y residentes.

Intervención en el Servicio de Medicina Interna

En el Servicio de Medicina Interna se llevó a cabo la atención a los pacientes hospitalizados para intervenir en problemas psicológicos -estrés, ansiedad o depresión- causados por enfermedades orgánicas y por la misma situación de la hospitalización.

Asimismo, se proporcionó orientación y psicoeducación al paciente para que una vez que se le diera de alta tuviera adherencia terapéutica y generara cambios en su estilo de vida en él y sus familiares acerca de los cuidados en cuanto a la dieta, ejercicio y manejo de su estado emocional.

A continuación se presenta una revisión teórica de las dos principales enfermedades crónicas que se atendieron:

Diabetes Mellitus (DM)

Una de las actividades que se llevaron a cabo fue el apoyo en pacientes diabéticos que se encontraban en Cirugía (Cx), Medicina Interna (MI) y los que acudieron a Consulta Externa (CE), se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento.

La diabetes es un trastorno crónico caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados (hiperglucemia). La disminución o absoluta falta de secreción de insulina de las células pancreáticas, junto con el exceso de hormonas circundantes como las catecolaminas, el cortisol y el glucagon, dando origen a complicaciones como retinopatías, neuropatías, alteración del funcionamiento renal, problemas cardiovasculares, etc.(Polaino-Lorente y Roales-Nieto, 1994).

La diabetes puede desarrollarse en los niños entre los 5 y 7 años, en los adolescentes entre los 10 y 14 años y, en los adultos entre los 40 y 60 años. Se ha observado que la enfermedad provoca más lesiones y crea mayores problemas en la niñez y la juventud, pero cuando se lleva un buen control del padecimiento es más difícil que se presenten complicaciones o se vivan malos ratos, permitiéndoles llevar una buena calidad de vida (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1999).

Factores que pueden predisponer en la aparición de la enfermedad: genéticos, hormonales, alimentación inadecuada o excesiva, hipertensión, vida sedentaria, reacciones de estrés y ansiedad.

Los síntomas fundamentales que caracterizan la diabetes son polidipsia (sed), polifagia (hambre) y poliuria (eliminación de orina). Por lo que es importante, una vez que se ha diagnosticado la enfermedad, conocer los síntomas precoces de complicaciones agudas: el coma cetoacidótico (crisis hiperglucémica) y el shock insulínico (crisis hipoglucémica).

Programas de Educación en Diabetes

Las enfermedades crónicas requieren un régimen continuado de tratamiento, en muchas ocasiones es complejo para los pacientes, ya que implica modificar los estilos de vida y/o adecuar nuevos comportamiento en su rutina diaria; por lo que, la educación del paciente constituye un elemento necesario y elemental. Educación que debe entenderse como la adquisición de un cierto grado de conocimiento y habilidades acerca de la enfermedad y su tratamiento, ya que ha de formar parte del régimen terapéutico (Roales-Nieto, 1990a).

La finalidad fundamental de la educación diabetológica es la consecución de un óptimo control de la enfermedad, por medio de su mejor comprensión y manejo que se consigue a través de los siguientes objetivos:

1) Proporcionar los conocimientos teóricos necesarios acerca de la naturaleza de la diabetes, el funcionamiento del organismo diabético y los tratamientos posibles.

2) Propiciar la adquisición de habilidades que permitan conseguir la aplicación del tratamiento con el máximo grado de autonomía posible.

3) Conseguir la adquisición y mantenimiento de hábitos cotidianos por parte del paciente, acordes con las demandas del régimen terapéutico diabético.

El papel de la educación diabetológica dentro del modelo general de autocuidado de la diabetes, permite que el paciente conozca las reglas que debe de cumplir y por qué es importante llevarlas a cabo; que pueda realizar los controles analíticos convenientes, sabiendo valorar los resultados; y que pueda tomar decisiones tomando en cuenta los aspectos anteriores.

Algunos de los objetivos específicos de la educación diabetológica dependen del receptor de la misma: el propio diabético, las personas que conviven habitualmente o esporádicamente con él. Los tipos de programas en educación diabetológica se pueden dividir en:

a) Programas puramente informativos, en los que el grupo educativo presenta al paciente y a su familia la información pertinente, pero no es el encargado de proporcionar el cuidado clínico global y continuado.

b) Programas en los que el personal del equipo de educación participa también en el cuidado general del paciente a largo plazo, con lo que educación y atención clínica son realizadas por las mismas personas.

c) Programas orientados conductualmente, es decir, programas con énfasis en los repertorios de autocuidado y el empleo de mecanismos orientados a modificar el ambiente para facilitar ese autocuidado.

El efecto de estos programas es positivo, ya que se ha observado (por ej. Latorre y Beneit, 1996) significativos descensos en las tasas de hospitalización y en las complicaciones agudas de la diabetes.

Con los programas de educación diabetológica, las barreras que pudiesen estar interfiriendo para que haya adherencia al tratamiento, las percepciones que

se tienen con respecto a la enfermedad y los cambios en el estilo de vida (Sprague, Shultz, Branen, Lambeth y Hilers, 1999).

Las investigaciones realizadas sobre la adherencia como fenómeno conductual establecen que los regímenes complicados que persisten largo tiempo y que requieren grados substanciales de cambio conductual, están asociados con *un seguimiento del tratamiento particularmente es el caso de la diabetes, que implica un tratamiento complejo que dura toda la vida y que supone un cambio muy importante en el estilo de vida del paciente*. Asimismo, se ha encontrado que las conductas de autocuidado en adolescentes, se relacionan con la autoeficacia y autoestima para que se mantenga la adherencia al tratamiento (Littlefield, Craven, Rodin, Daneman, Murray y Rydall, 1992; Kavanagh, Gooley y Wilson, 1993; Davis, Coon, Whitehead, Ryan, Burkley y McMahon, 1995).

En algunos estudios (Gross, 1982; Kovacs y Feinberg; Lane y Evans, 1979; Simonds, 1979; Garner y Thompson, 1978; en Latorre y Beneit, 1996) se ha encontrado que la mayor parte de los pacientes diabéticos se adhieren ligeramente a las indicaciones del tratamiento, es decir, solamente llevan a cabo algunas conductas e infringen otras que consideran que no les perjudicarán. Esto es, se inyectan o toman sus medicamentos más o menos correctamente, restringen más o menos la dieta a lo recomendado, pueden, esporádicamente, realizar algún tipo de ejercicio.

Roales-Nieto (1990) ha identificado algunas barreras para la adherencia al tratamiento: 1) Complejidad del régimen terapéutico; 2) Evitación de hipoglucemias; 3) Relación paciente-personal de salud. Se han considerado otros factores como las creencias sobre la enfermedad, expectativas del tratamiento, variables de personalidad, falta de apoyo social (Mc Caul, Glasgow y Schafer, 1987).

La Greca y Hanna (1983) observaron que uno de los problemas, con niños y adolescentes diabéticos, se relaciona con el mantenimiento de la dieta; las interferencias sociales (presión de los compañeros). Esto también se debe considerar con los pacientes adultos ya que es fuerte la presión de las personas significativas con las que conviven.

La combinación de instrucciones y contingencias positivas. Por ejemplo, Lowe y Lutzker (1979) llevaron a cabo un estudio con una niña diabética cuyo problema principal era la omisión ocasional de sus inyecciones de insulina. Dicha conducta se fortaleció por el descubrimiento de que "nada pasaba en realidad" por no inyectarse en algunas ocasiones. Se implementaron instrucciones escritas sobre la ejecución diaria de ciertas conductas del tratamiento (controles de glucosa, seguimiento de la dieta, inyección diaria de insulina y cuidados de los pies, etc.), y con un programa de reforzamiento de *economía de puntos* por el cumplimiento diario de los objetivos, se incrementó satisfactoriamente la adherencia en estos aspectos. Se ha encontrado que el entrenamiento en habilidades sociales favorece la adherencia al tratamiento, ya que permite al paciente responder adecuadamente a las presiones sociales y a las relaciones interpersonales para romper el régimen, especialmente la dieta (Gross, 1982).

Gross (1982) utilizó un programa general de auto-regulación, con 4 pacientes. El entrenamiento consistió en seis sesiones de grupo que se centraban en la presentación de un material escrito, discusión del mismo y realización de ejercicios de modelamiento y juego de roles. Tras el entrenamiento, los pacientes elaboraron un proyecto de auto-regulación de su régimen de tratamiento.

Otra aproximación para la adherencia fue realizada por Schafer, Glasgow y Mc Caul (1982), con la combinación de técnicas de establecimiento de objetivos, autocontrol y contrato conductual. Participaron 3 adolescentes. Cada paciente tuvo que establecer objetivos con sus padres y el terapeuta, se establecieron

metas diarias y semanales graduales. Se cambiaba el procedimiento una vez que se alcanzaba el 90% de adherencia de la conducta. Se firmaron contratos conductuales entre el adolescente y sus padres, quienes reforzaron con actividades, comidas especiales, etc.

El estudio realizado por Duran y cols. (1999), con un Programa de Autocontrol en pacientes diabéticos (insulinodependientes y no-insulinodependientes), se tuvo la participación de familiares, lo cual facilitó la adherencia de los pacientes. Se trabajó durante 20 semanas para estabilizar a los pacientes en cuanto a los niveles de glucosa y se implementaron estrategias psicoeducativas para motivar el cambio de hábitos. Los resultados muestran como se fueron modificando algunos aspectos relacionados con la diabetes: alimentación, ejercicio físico, control de los estados emocionales, mejora en las relaciones familiares y sociales, así como, la vigilancia y el control del uso de los medicamentos.

Se ha revisado literatura en la cual indica que los pacientes diabéticos pasan por las situaciones de estrés, ansiedad o depresión que la misma enfermedad les provocan, primero con el diagnóstico y, luego con todos los cuidados y complicaciones que se pueden presentar (Latorre y Beneit, 1996; Polaino y Roales, 1994; Peyrot y Rubin, 1997). Particularmente, las tasas de ansiedad y depresión se incrementan, asociando más dificultades psicológicas para controlar su enfermedad, lo que influye para que se tengan más riesgos que repercutirán, en un futuro, en su salud directamente.

En un estudio realizado por Lloyd, Dyer y Barnet (2000) con pacientes diabéticos (tipo I y II), se aplicaron una escala de ansiedad y otra de depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Las tasas obtenidas de síntomas psicológicos indican que un 28% de los participantes, tuvieron niveles de ansiedad y depresión de moderados a severos; los hombres presentaron más síntomas de

depresión, mientras que las mujeres tienen más síntomas de ansiedad. Por lo anterior, es importante el diseñar programas de apoyo psicológico; así como, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, etc.

Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

La Insuficiencia Renal Crónica es producto de la destrucción progresiva e irreversible de nefronas, independientemente de la causa. El riñón normal tiene tres funciones importantes: 1) excreción de los desechos del metabolismo nitrogenado (úrea y creatinina), 2) regulación del balance hidrogenado y, 3) funciones endocrinas y metabólicas. Los síntomas de esta enfermedad son cansancio, náusea, vómito, hipertensión arterial, alteraciones del sueño, letargo, molestias gástricas, dolor en los huesos, calambres, pérdida de la visión y cefalea (Harrison, 1997).

Las alternativas de tratamiento son la hemodiálisis, diálisis peritoneal o el trasplante renal. La *diálisis* es la extracción de productos de desecho y del exceso de agua del cuerpo. En la hemodiálisis se extrae la sangre del cuerpo y se bombea al interior de un aparato que filtra las sustancias tóxicas, devolviendo a la persona la sangre purificada; en este procedimiento se coloca un catéter entre una arteria y/o una vena (la yugular o la claviclar), teniendo que realizarse de 2 a 3 horas, tres veces por semana.

En la diálisis peritoneal se introduce dentro de la cavidad abdominal un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que arrastra las sustancias tóxicas de los tejidos. Luego se extrae el líquido y se desecha. El procedimiento implica el uso de un catéter (blando o rígido), semipermanente en la cavidad abdominal, que se coloca por métodos quirúrgicos. La diálisis se lleva a cabo dependiendo de las condiciones fisiológicas de los pacientes y de que no se tape el catéter (Merck, 1997).

El trasplante implica un procedimiento quirúrgico, en el cual se quita el riñón dañado y se injerta un riñón de un donador vivo (familiar) o de un cadáver que sea compatible.

Cuando el paciente es diagnosticado con IRC, la noticia provoca distintos cambios en distintas áreas de su vida cotidiana (Fitzgerald, 2000):

- * En el aspecto laboral, la mayoría de los pacientes suspenden su productividad económica y/o deben tomar en cuenta el tiempo que requiere para la diálisis.
- * En el área escolar es frecuente que los pacientes tengan que suspender sus estudios debido principalmente al tiempo que implica la realización de la diálisis.
- * Con respecto a la vida familiar, la enfermedad suele tener efectos en los padres, hermanos o hijos del paciente. Los planes económicos cambian y frecuentemente disminuye la autonomía aumentando su dependencia.

En estos puntos se debe valorar de qué forma la enfermedad ha afectado a la familia y cómo han enfrentado la situación.

Percepción del paciente con IRC ante el tratamiento: los procedimientos son invasivos, dejan cicatrices; el catéter y las bolsas de diálisis tienen un aspecto poco agradable; la piel se tiñe de un color amarillento y adquiere una textura áspera y reseca; olor desagradable; hinchazón por la retención de líquidos; trastornos en la marcha o la sensibilidad; ajustarse a la dieta; asistir frecuentemente al hospital y relacionarse con el personal de salud, tomar muchos medicamentos; realizarse exámenes de laboratorio, preocupación constante por lo económico y por el aspecto personal, de la imagen corporal y social.

Algunos de los factores asociados con la dificultad en aceptar cambios en los pacientes con IRC son: mecanismos rígidos de acoplamiento, ausencia de apoyo significativos, pensamientos catastróficos de la enfermedad, actitudes

inadecuadas, historia familiar de resolución inadecuadas en el manejo de crisis o experiencias traumáticas en las edades tempranas, depresión, ansiedad, historia de vida y personalidad, entre otros.

En la Unidad de Diálisis en el piso de MI se tuvieron que atender a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, los cuales deben acudir a su diálisis en promedio cada 8 días. Con esta Unidad se pretende implementar un Programa integral multidisciplinario, para los pacientes y sus familiares para entrenarlos en estrategias de afrontamiento para reducir el estrés, ansiedad, depresión; así como, orientarlos acerca de los cuidados que se debe tener con su paciente para mejorar o mantener una buena calidad de vida, e implementar una buena adherencia al tratamiento.

Objetivos

Se entrenó a los pacientes hospitalizados con técnicas cognitivo-conductuales para que se adaptaran al internamiento, disminuyeran el estrés, ansiedad o depresión que pudiesen presentar ante la enfermedad o procedimientos médicos.

Se entrenó a los familiares en estrategias de afrontamiento para reducir el estrés, así como, se les dió orientación acerca de los cuidados que se debe tener con su paciente para mejorar y mantener una buena calidad de vida.

Se intervino con 101 pacientes, con un $x=38$ años de edad (60.4% mujeres y 39.6 hombres). Con una escolaridad de nivel primaria (36%, en la mayoría no concluida), 22.5% con secundaria, seguida por 21.8% de analfabetas, 5.9% con estudios superiores y 4.8% con preparatoria.

Procedimiento

Para llevar a cabo una intervención en piso de Medicina Interna, se hace mediante interconsulta de los médicos, de las enfermeras, ó bien, por el recorrido que el residente hace en las salas, para identificar a los pacientes que se encuentren preocupados, tristes, estresados, ansiosos, deprimidos, etc., y que les sea difícil adaptarse a las condiciones del hospital o por las implicaciones de la enfermedad. Se revisó el expediente del paciente para obtener algunos datos ó, si no se tiene acceso a él en ese momento se pidió la información al médico o enfermera que lo refirió.

Se realizaba una entrevista de exploración (en 30 o 40 min.) para focalizar el problema principal en palabras del paciente, y posteriormente planear la intervención. En algunas ocasiones se aplicaron instrumentos, dado que el tiempo del que se tenía para intervenir era poco o por los pacientes con los que se intervino eran analfabetas o tenían una baja comprensión de lo que se les pedía. Por lo cual se tuvo que trabajar con los elementos disponibles, es decir, en términos de la problemática del paciente y los recursos personales y cognitivos con los que cuenta éste (motivación, cooperación, interés por seguir su tratamiento, etc.). Los inventarios, que en algunos casos se aplicaron fueron el de Ansiedad y Depresión de Beck; Afrontamiento al Estrés, Cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos, así como en algunos pacientes se les asignó la tarea de hacer autorregistro de su nivel de glucosa, dieta, medicamentos y estados emocionales (ver anexos 1-5).

Las técnicas y estrategias que generalmente se aplicaron fueron: relajación progresiva, imaginación, respiración profunda, desensibilización sistemática, autocontrol, asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración del pensamiento, detención del pensamiento, desarrollo de habilidades de enfrentamiento, apoyo social, entrenamiento en solución de problemas,

autorregistros del seguimiento de la dieta, ejercicio y estado de ánimo, manejo de la autoestima e imagen corporal, reforzamiento positivo, manejo del duelo, entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999). El número de sesiones fue variable, de 1 a 7, ya que dependía de la estancia del paciente en el hospital, con una duración aproximada de 50 minutos.

Generalmente se redactaba la nota de Medicina Conductual en el expediente para dejar por escrito la intervención, o bien se hacía el comentario al médico y/o a las enfermeras que habían referido al paciente.

Resultados

Se observó que un 85% de los pacientes presentan reacciones emocionales como estrés, ansiedad y depresión principalmente, debido a la situación del internamiento y por la percepción de la gravedad de la enfermedad y/o al tipo de tratamiento médico, que generalmente, en las enfermedades crónico-degenerativas, implica un cambio radical en el estilo de vida.

Los pacientes que vienen de provincia son quienes refieren mayor incomodidad ante la hospitalización, pues dicen que están acostumbrados a una forma diferente de alimentación, además de que el internamiento implica otro comportamiento, asumiendo el rol de paciente, lo cual les genera mucho estrés, ansiedad o depresión principalmente; y como consecuencia se altera su ciclo de sueño, alimentación, independencia, etc. Aunado a lo anterior, a veces, los pacientes no preguntan a los médicos sus dudas lo que genera mayor incertidumbre.

A continuación se muestran los diferentes tipos de padecimientos crónicos - y otros que no se encuentran en esta clasificación pero en los cuales también se

intervinó por las necesidades y disposiciones del hospital- y las técnicas cognitivo-conductuales que se aplicaron:

Enfermedad	No. de pacientes	Intervención psicológica
Diabetes Mellitus tipo I y II	30	Psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicio), relajación muscular progresiva, imaginiería, entrenamiento en habilidades sociales, retroalimentación positiva
Insuficiencia Renal Crónica	29	Psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicio), relajación muscular progresiva, desensibilización sistemática, manejo de la autoestima e imagen corporal, entrenamiento en habilidades sociales, retroalimentación positiva
Intentos de suicidio	10	Reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, manejo de la autoestima, toma de decisiones, orientación y canalización de casos
Ascistitis, cirrosis y supresión etílica	6	Reestructuración cognoscitiva, terapia de apoyo, entrevista motivacional, psicoeducación, orientación y canalización de casos
Tuberculosis, lupus eritematoso y cáncer	6	Intervención en crisis, reestructuración cognoscitiva, psicoeducación, terapia de apoyo y retroalimentación positiva
Cardiopatía isquémica	4	Psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicio), relajación autogénica, imaginiería, entrenamiento en habilidades sociales, retroalimentación positiva
Insuficiencia respiratoria y asma	4	Psicoeducación, desensibilización sistemática, manejo del estrés, solución de problemas, relajación
VIH-SIDA	4	Reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, psicoeducación, terapia de apoyo, adherencia al tratamiento, solución de problemas, manejo del duelo y preparación para la muerte
Hipertensión	3	Reestructuración cognoscitiva, adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicio), psicoeducación, relajación muscular progresiva, imaginiería, entrenamiento en habilidades sociales, retroalimentación positiva

Trombosis	3	Adherencia al tratamiento, relajación autógena y terapia de apoyo
Gastritis y colitis	2	Reestructuración cognoscitiva, manejo del estrés, solución de problemas, adherencia al tratamiento, relajación autógena y terapia de apoyo

Como se muestra en la tabla el 55.5% de la población atendida padece *diabetes mellitus (DM) e insuficiencia renal crónica (IRC)*, padecimientos que cada vez van en aumento dentro de este hospital, el promedio de edad de la primera fue de 48 años y el la segunda tuvo un $x=42$ años, lo que indica que la IRC se presenta en adolescentes y adultos jóvenes principalmente.

Las dificultades que perciben los pacientes con enfermedades crónicas son el cambio en el estilo de vida como es la dieta, el ejercicio y modificaciones en su vida laboral (por ejemplo en los pacientes con cardiopatías, DM o IRC, en estos últimos es más radical, pues tienen que dejar su empleo, asistir constantemente al hospital para su diálisis). En su mayoría (65%) de los enfermos no perciben la gravedad de la enfermedad a largo plazo, por lo que generalmente infringen las indicaciones del tratamiento.

Los pacientes con intento de suicidio y supresión ética se apoyaron en el aspecto emocional para que posteriormente se canalizaran a otras instituciones en donde los pudieran tratar a nivel clínico más profundamente.

Cabe señalar que el 80% de los pacientes mejoraron su estado emocional mientras estuvieron hospitalizados y el 20% se mantuvo igual debido a que no aceptaron la intervención psicológica. Además aproximadamente un 60% realizó cambios en la adherencia al tratamiento.

La intervención con la familia estuvo enfocada a la psicoeducación principalmente para fortalecer el apoyo emocional y social de su paciente,

generando así mayor compromiso en la adherencia al tratamiento médico y mejor manejo del malestar físico y emocional.

Evaluación de la Intervención

Ocasionalmente se pudo aplicar un post-test para determinar si hubo cambios o no. Cuando esto no se llevó a cabo, se evaluó en términos de lo que reportaban los pacientes: si se sentían mejor, si lograron dormir, si aceptaban los procedimientos médicos, si la preocupación o estrés que sentían se redujo, etc. Por otro lado, el impacto para la institución se mostró en la disposición de los pacientes para cooperar con el personal y de esta manera se les dio de alta lo más pronto posible.

Cabe señalar que se planteó en el servicio de MI la posibilidad de desarrollar un programa para entrenar en grupo a los pacientes en técnicas de relajación, asertividad para la adherencia al tratamiento, la dieta, el ejercicio y para que se adaptaran al cambio del estilo de vida; pero por cuestiones administrativas y de tiempo esto no se llevó a cabo, por lo que las intervenciones se realizaron de manera individual.

Intervención en el Servicio de Cirugía

En este servicio se tuvo que atender a los pacientes que se les iba a realizar algún procedimiento quirúrgico (amputación, operación de algún órgano, quemaduras, etc.). La intervención del residente se enfocó en el entrenamiento, de los pacientes y sus familiares, en estrategias de afrontamiento para reducir el estrés, ansiedad, depresión; estados emocionales ocasionados antes y/o después del evento quirúrgico. Asimismo se les orientó acerca de los cuidados que se debe

tener con su paciente para mejorar o mantener una buena calidad de vida, tanto para la persona enferma como para ellos.

Intervención psicológica en procedimientos quirúrgicos

Los procedimientos médicos invasivos pueden describirse como cualquier técnica operatoria o diagnóstica que usualmente involucre el uso de instrumentos y requiera la penetración del tejido o la invasión por medio de un orificio del cuerpo y que, regularmente provocan que la gente se asuste por los procedimientos invasivos (operaciones, curaciones, anestésicos, etc.); los miedos asociados pueden ser: miedo al dolor y a la incomodidad, miedo a lo desconocido, miedo a la desfiguración de la imagen corporal, a la pérdida de la autonomía y miedo a la muerte.

Los pacientes experimentan reacciones emocionales antes y después de los procedimientos médicos invasivos. Estas incluyen ansiedad (como miedo al dolor, incertidumbre acerca del futuro, miedo a los procedimientos médicos, etc.), depresión, enojo y problemas de adaptación post-operatoria; algunos pacientes experimentan inutilidad aprendida, esto se observa en aquellos que pasan por una depresión que se inicia y se caracteriza por una pérdida de control sobre la situación que lo vuelve dependiente del personal médico y de otras personas significativas (padres, pareja, hijos, hermanos). Esta persona generalmente se siente impotente y no cuenta con la suficiente motivación para responder racionalmente y percibe el futuro como negativo (De la Horne, Vatnamidis, Carerl, 1997).

Frecuentemente los pacientes se encuentran temerosos ante la hospitalización y de los procedimientos médicos invasivos porque la información que les han dado es insuficiente y se presenta de un modo que provoca mucha ansiedad; es decir, que la forma en que, a veces los médicos y/o las enfermeras,

presentan la información tiene un impacto sobre los sentimientos y actitudes del paciente. Algunos estudios (Kaloupeck, 1987; López, Pastor, Rodríguez, 1993) han demostrado que reducir la preocupación pre-operatoria puede facilitar la adaptación post-operatoria.

Se ha observado que las técnicas psicológicas, cognitivas y conductuales, contribuyen al alivio de los miedos asociados con los procedimientos médicos invasivos y la reducción del estrés psicológico. Dicha intervención psicológica además de reducir la angustia de los pacientes y familiares, motiva a un mejor cumplimiento de las instrucciones dadas por el personal médico, acorta la estancia en el hospital y reduce la cantidad de medicamentos para aliviar el dolor (De la Horne et. al., 1997). Además se disminuye el tiempo y la cantidad de recursos de apoyo requeridos por el paciente para su recuperación; y se reduce la cantidad de fobias médicas en el hospital.

Objetivos

Se intervino con 23 pacientes, 9 mujeres y 14 hombres con un $x = 33$ años de edad, hospitalizados para que se adaptaran al internamiento, disminuyeran el estrés, ansiedad o depresión que pudiesen presentar ante la enfermedad o procedimientos médicos quirúrgicos.

Se entrenó a los pacientes que iban a ser sometidos a un cirugía, amputación o cualquier intervención quirúrgica, en técnicas cognitivo-conductuales.

Se les dió orientación a los familiares en estrategias de afrontamiento para reducir el estrés, así como, orientarlos acerca de los cuidados que se debe tener con su paciente para mejorar o mantener una buena calidad de vida, tanto para la persona enferma como para ellos.

Procedimiento

Para llevar a cabo una intervención en el servicio de Cirugía, se hizo mediante interconsulta de los médicos, de las enfermeras, ó bien, por el recorrido que el residente hace en las salas, para identificar a los pacientes que se encuentren preocupados, tristes, estresados, ansiosos, deprimidos, etc., antes o después de la cirugía y que les sea difícil adaptarse a las condiciones del hospital o por las implicaciones de la enfermedad. Se revisaba el expediente del paciente para obtener algunos datos ó, si no se tenía acceso a él en ese momento se le pedía la información al médico o enfermera que lo está refiriendo.

Se realizaba una entrevista de exploración (en 30 o 40 min.) para focalizar el problema principal en palabras del paciente, y posteriormente planear la intervención. En algunas ocasiones se aplicaron instrumentos (ansiedad, depresión, asertividad; anexos 1, 2 y 7), dado que el tiempo del que dispone para intervenir es poco o por los pacientes con los que se intervino son analfabetas o bien no comprendían el sentido de algunas de las preguntas. Por lo cual se tuvo que trabajar con los elementos disponibles, es decir, en términos de la problemática del paciente y los recursos personales y cognitivos con los que cuenta éste (motivación, cooperación, interés por reducir su miedo o ansiedad antes y después de la cirugía, seguir su tratamiento, etc.)

Las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales que se aplicaron fueron: reestructuración cognitiva, imaginería, desensibilización sistemática, balance decisional, entrenamiento en solución de problemas, autocontrol, asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, detención del pensamiento, entrenamiento de habilidades de enfrentamiento, apoyo social, técnicas distractivas, adherencia al tratamiento (dieta, ejercicio y estado de ánimo), manejo de la autoestima e imagen corporal, manejo del dolor, duelo y pérdida.

La mayoría de los pacientes de cirugía tienen una estancia muy breve en hospitalización, por lo que el número de sesiones de intervención dependió de los días de internamiento, así en algunos casos se trabajó de 1 a 5 sesiones con una duración aproximada de 30 minutos.

Generalmente se redactaba la nota de Medicina Conductual en el expediente para dejar por escrito la intervención, o bien se hacía el comentario al médico y/o a las enfermeras que habían referido al paciente.

Resultados

Se identificó que un 90% de los pacientes estaban ansiosos y estresados ante los procedimientos quirúrgicos, ya que la incertidumbre antes de la cirugía es frecuente, se empiezan a tener pensamientos desagradables de lo que sucederá en el quirófano, generando así una respuesta de estrés y ansiedad anticipatoria (si esta activación es exagerada la presión arterial se eleva y se tiene que suspender la cirugía) lo cual implica mayor costo-beneficio para el paciente -en términos emocionales y económicos- y para la institución.

Las intervenciones realizadas en este servicio se resumen en la siguiente tabla:

Padecimiento	No. de pacientes	Intervención psicológica
Hernia umbilical, absceso submaxilar, colostomía, celulitis, amigdalitis, apendicetomía	6	Desensibilización sistemática, psicoeducación y técnicas distractivas, manejo del dolor
Pié diabético	5	Reestructuración cognoscitiva, balance decisional, detención del pensamiento, desensibilización sistemática, relajación, técnicas distractivas, manejo del dolor, psicoeducación, adherencia al tratamiento

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Amputaciones	5	Reestructuración cognoscitiva, balance decisional, detención del pensamiento, desensibilización sistemática, imaginiería, técnicas distractivas, manejo del dolor, psicoeducación, miembro fantasma, manejo del duelo y pérdida, autoestima e imagen corporal, adherencia al tratamiento y rehabilitación
Fractura, lumbalgia y traumatismo	5	Manejo del dolor, imaginiería, terapia de apoyo, psicoeducación
Quemaduras y herida por arma de fuego	2	Terapia de apoyo, reforzamiento positivo, manejo del dolor, técnicas distractivas, imaginiería

En este servicio las intervenciones se realizaron de manera breve, pues los tipos de procedimientos quirúrgicos se programan de acuerdo a los tiempos de los quirófanos del hospital, y generalmente los pacientes están poco tiempo. Aunque hay que mencionar que, por ejemplo, los pacientes con pié diabético pueden estar internados varios días en lo que deciden los médicos, de acuerdo con la gravedad de la infección, si se le amputaría algún dedo o el pié; este tiempo de espera e incertidumbre, genera en los pacientes ansiedad y/o depresión al pensar cómo cambiará su vida (personal, familiar, social y laboral) sin uno o los dos pies.

Evaluación de la Intervención

Los resultados de las intervenciones mostraron que aproximadamente un 70% de los pacientes redujeron la ansiedad y estrés anticipatorios, pues aún cuando no se pudieron aplicar instrumentos se evaluó en términos de lo que reportaban los pacientes: si se sentían mejor, si lograron dormir, si aceptaban los procedimientos médicos, si el miedo, preocupación o estrés que sentían se redujo, etc. Por otro lado, el impacto para la institución se mostró en la disposición de los pacientes para cooperar con el personal y de esta manera pudiera dárseles de alta lo más pronto posible, ya que si un paciente es poco cooperador con las indicaciones, maximiza el dolor, le pueden aumentar la cantidad de medicamentos

y quizás el tiempo de internamiento. Es por ello la relevancia de la intervención con técnicas cognitivo-conductuales para estabilizarlos emocionalmente a los pacientes que van a ser intervenidos con procedimientos quirúrgicos (ver apéndice A).

Intervención en Consulta Externa

En Consulta Externa se atendieron a 45 pacientes (23 mujeres y 22 hombres). Algunos con enfermedades crónicas que estuvieron hospitalizados para darles seguimiento, en cuanto a su tratamiento médico y psicológico; también se atendieron a otros que eran enviados por medio de interconsultas de otros servicios. Al inicio de la residencia fueron pocos los médicos que pedían la interconsulta, pero conforme se dió a conocer el programa la demanda del servicio se incrementó, no solamente para tratar a los paciente con enfermedad orgánica, sino también para otros trastornos emocionales que a continuación se resumen:

Enfermedad orgánica	Intervención psicológica
diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, artritis, cirugía de la próstata, hepatomegalia, colitis, anorexia, bulimia	Balance decisional, reestructuración cognoscitiva, psicoeducación, desensibilización sistemática, detención del pensamiento, imaginiería, adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicio), autorregistros, entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales, manejo de la autoestima e imagen corporal

Trastorno emocional	Intervención psicológica
problemas de conducta, de pareja, familiares, drogadicción, alcoholismo, depresión, ansiedad, baja autoestima, violación	Reestructuración cognoscitiva, psicoeducación, desensibilización sistemática, relajación muscular progresiva, detención del pensamiento, imaginiería, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales, asertividad, manejo de la autoestima e imagen corporal, entrevista motivacional, de orientación y canalización de casos

Cabe señalar que en este servicio también se realizó el mismo procedimiento de intervención como se señaló en los anteriores. Se indagaba el motivo de la consulta -leyendo el expediente y por lo que refería el paciente- se efectuaba la entrevista de exploración, se focalizaba el problema para posteriormente hacer un plan de intervención, se ponían notas en el expediente acerca del tratamiento, de las pruebas aplicadas, de los resultados, etc.

Tanto los residentes como los pacientes tuvieron que adaptarse a los espacios para la consulta, ésta se daba en las aulas de clase, en el jardín, en la Clínica del Adolescente o en el Consultorio de Salud Mental.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Intervención en el Servicio de Oncología

De acuerdo con las necesidades en el servicio de Oncología se aplicaron en la intervención psicológica las técnicas cognitivo-conductuales con los pacientes con cáncer. Cabe señalar que el trabajo estuvo enfocado, en esta rotación por seis meses, principalmente con pacientes de los subservicios de tumores mixtos y ginecológicos, aunque también se intervino en los otros subservicios, para la preparación de procedimientos invasivos (quimioterapia, radioterapia y cirugías). Las intervenciones se realizaron tanto en hospitalización como en consulta externa.

En los subservicios de tumores mixtos y ginecología se llevó a cabo la intervención con los pacientes con tumores localizados en cualquier parte del cuerpo -huesos, páncreas, esófago, estómago, testículos, extremidades-, y cánceres en el cervix, útero, endometrio, etc. El trabajo psicológico se puede dar desde el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o bien ayudar al bien morir. Los principales problemas emocionales que se presentan en los pacientes oncológicos son: estrés, ansiedad, miedo a morir, baja autoestima, problemas de pareja (frecuentemente en las mujeres que se extirpa la matriz, por ejemplo), dificultades en la solución de problemas, preocupación constante por los tratamientos invasivos, cambios en el estilo de vida e imagen corporal o bien por la situación de hospitalización.

Cáncer

El cáncer es una enfermedad crónica que tiende a aumentar con el paso de los años, ya que hay una proliferación incontrolable de las células malignas se van extendiendo hacia otras regiones no infectadas, y de esta manera el número de células cancerosas incrementa (Olaiz, 1994).

Se le llama cancerígeno a cualquier factor que irrite al cuerpo lo suficiente como para producir cáncer. Los cancerígenos pueden ser químicos (nicotina), físicos (rayos X) o emocionales (estrés), que están influenciados por un factor psicológico, que se relaciona directamente con los acontecimientos de la vida del individuo y que se le ha relacionado con la irritación provocadora del cáncer. (Levinson, 1984).

El cáncer es un padecimiento único y particularmente atemorizante que provoca creencias negativas muy abrumadoras. La mayor parte del estrés en los pacientes con cáncer es atribuible a su estatus médico incierto, el miedo del deterioro físico y funcional, la amenaza de tratamientos médicos anticancerosos agresivos, al miedo por la intensificación del dolor y, a la muerte.

Creencias acerca de la enfermedad

El cáncer es inevitablemente fatal. 1) El estatus especial que se le atribuye al dolor del cáncer tiene mucho que ver con su asociación con la muerte. Frecuentemente los pacientes sobreviven cinco años después del diagnóstico de cáncer, la enfermedad está mimetizada por otras condiciones amenazantes de la vida. Por ejemplo, los padecimientos cardíacos intercurrentes pueden generar el doble de tasa de mortalidad que el cáncer mismo. 2) El cáncer es inevitablemente una condición extremadamente dolorosa; por lo cual muchos pacientes creen que

el cáncer es sinónimo de dolor. Por ejemplo, en una encuesta realizada con 500 personas (Levin, Cleeland y Dar; 1985; en Cooper, 1986), encontraron que un 48% pensaban que el cáncer era extremadamente doloroso y 54% consideraban el dolor como una preocupación prioritaria. Sin embargo, la evidencia cada vez más amplia indica que a pesar de que el dolor es una condición que acompaña al cáncer, un número significativo de pacientes experimentan poco dolor aún en estados avanzados de la enfermedad. En muchos casos, las creencias del paciente acerca de la severidad del dolor del cáncer se ven confirmadas por la prescripción de dosis elevadas de medicamentos. 3) Los reportes de dolor están directamente vinculados con daños en un tejido. El dolor canceroso comúnmente se distingue de otros dolores no malignos crónicos con base en su pretendida o exacerbada organicidad. El dolor es el resultado neto de una serie de interacciones complejas de procesos neurofisiológicos y neuroquímicos que permiten que procesos psicológicos como la motivación, la emoción, la cognición y aprendizaje modulen la percepción del dolor, la experiencia y la subsecuente respuesta conductual (Domínguez, 1994).

Los cánceres están asociados con el miedo a graves e inevitables dolores, con desfiguración e incapacidad, y con rechazo social, e incluso con censura moral. Para aquellos que sospechan que tienen cáncer, tienen grandes dificultades en manejar dicha situación, particularmente amenazante, y de hacer uso de todos los recursos médicos y psicológicos disponibles.

Algunos estudios han informado sobre los problemas psicosociales experimentados por los enfermos de cáncer (Cooper, 1986). Desde el momento en que se produce la sospecha, hasta que se determina el diagnóstico, la persona consciente de las consecuencias de un diagnóstico positivo, estará indudablemente sujeta a mucha ansiedad.

Desde el momento en que a una persona se le diagnostica el "cáncer", su vida y la de sus familiares cambia drásticamente. A pesar de que ha mejorado el tratamiento médico durante las últimas décadas, las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias permanecen frecuentemente insatisfechas. El porcentaje estimado de la prevalencia de dificultades psicológicas significativas varían entre un 23 y 66% de los pacientes con cáncer (Telch y Telch, 1986; Nezu, 2001).

Cabe señalar que el paciente con cáncer pasa por una serie de estados emocionales, ya que considerando que la mayoría de los tratamientos suelen ser muy agresivos, no en todos los individuos es la misma reacción fisiológica y emocional, pero hay que tomar en cuenta las creencias y expectativas de curación ante la enfermedad. Así por ejemplo, en la mujer puede percibirse como una gran amenaza un cáncer cervico uterino o de mama (Flores, 1994), y en el hombre el cáncer en la próstata. Como se puede observar el 70% de la población que asiste a la consulta externa son mujeres con estos tipos de neoplasias, y las principales manifestaciones emocionales que presentan son distorsión de la imagen corporal, baja autoestima, problemas de pareja, ansiedad, depresión, etc., dados por los cambios en su estilo de vida y además si hay poco o nulo apoyo social (Blechman y Brownell, 1998).

Mientras que los hombres, que acuden al servicio de tumores mixtos, suelen expresar menos sus emociones -quizás esto se debe a que culturalmente se ha enseñado a los hombres a no demostrar abiertamente lo que sienten-, y su forma de enfrentar la enfermedad es más directa y enfocada al problema; lo que refieren generalmente es en cuanto al aspecto laboral, lo que decrementa su autoestima, asimismo dependiendo del procedimiento médico ven afectada su imagen corporal, generando posteriormente trastornos depresivos. Hay que considerar que los diferentes tipos de neoplasias suelen ser muy agresivas y que tienen un mal pronóstico ante el tratamiento, por lo cual en este servicio

frecuentemente se tiene que ayudar al paciente al *bien morir*, ayudarle a *prepararse para la muerte*, con los cuidados paliativos que esto implica.

En México el cáncer se ha incrementado. Entre 1980 y 1992 se observó un aumento en la mortalidad por tumores, cuya tasa pasó de 41.8 a 50.4 por cada 100 000 habitantes, mientras el patrón de mortalidad aumentó menos del 20%, la incidencia de cáncer en el total de muertes ascendió de 6.5 a 10.7%. Los tumores de tráquea, bronquios y pulmón constituyen la primera causa de muerte en el país. El cáncer cérvico-uterino ocupa el segundo lugar en la clasificación general y el primero entre las mujeres de 25 a 64 años, con una tasa de mortalidad estimada de 48.8 por cada 100 000 habitantes. El cáncer cérvico-uterino por grupos de edad, empieza a incrementarse a partir de los 20 años, alcanzando su pico máximo alrededor de los 40 y disminuye después de los 60 años (SSA, 1999).

Hace más de 20 años existe en México el Programa Nacional para la detección oportuna del cáncer cervical, su objetivo es disminuir la mortalidad de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento en etapas tempranas de las lesiones precancerosas. La población objetivo son las mujeres que han iniciado su vida sexual, a quienes se les recomienda la realización del exudado cervical con periodicidad anual o bianual. El método diagnóstico usado en este programa es la citología exfoliativa mediante estudios de Papanicolau, la cual se realiza mediante la observación directa del cuello uterino con un espejo vaginal esterilizado. La detección temprana de lesiones precursoras, es capaz de proporcionar un alto porcentaje de cura con tratamientos conservadores de bajo costo.

En nuestro país, el riesgo de padecer cáncer disminuyó, en las mujeres que acuden al programa con periodicidad anual, hasta tres veces. Desafortunadamente la proporción de mujeres que se practican el examen cervical con periodicidad es muy baja (menor al 15% de las mujeres en edad

reproductiva); y la mayor parte de las mujeres diagnosticadas acuden a realizarse el examen ante la presencia de síntomas de cáncer, un 53% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas (Olaiz, 1994).

La percepción que se tiene de los procedimientos médicos puede ser muy amenazante para las mujeres, es por ello que retrasan acudir a realizarse exámenes para evitar el posible diagnóstico. Cuando ya se padece la enfermedad, ahora se tendrá que pensar en los tratamientos a seguir, los cuales son altamente invasivos como son la quimioterapia, radioterapia o cirugía, en la mayoría de las veces, son invasivos, dolorosos, aversivos, incapacitantes, con efectos irreversibles (amputaciones, extirpaciones de órganos, etc.); o se producen efectos secundarios indeseables, como náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida de apetito, quemaduras, disminución de las capacidades cognitivas, etc. (Blasco, 1992). De esta manera se pueden identificar problemas derivados de la ruptura de los hábitos de la vida cotidiana (personales, familiares, sociales, laborales, sexuales y de pareja).

Dichos problemas se pueden ver modificados dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentran los pacientes y de la evolución de la misma (Latorre y Beneit, 1996).

Se han descrito algunas de las exigencias únicas y forzadas que lleva consigo el papel del paciente con cáncer. Cuatro se presentan a continuación:

- 1) Construcción de la realidad: el paciente con cáncer debe reestructurar su realidad, para lo cual debe determinar los mecanismos de adaptación y defensa, sobre los cuales el individuo aprende a confiar cuando se enfrenta con conflictos entre las demandas fisiológicas, psicológicas y sociales. Así el paciente debe modificar repetidamente la propia imagen sobre la realidad, y a medida que la

enfermedad progresa debe renunciar a roles anteriores y desistir de sus metas y revalorar las estrategias usadas.

2) La definición del tiempo: el paciente, a medida que la enfermedad progresa, empieza a hacer una acomodación tácita a la noción de terminalidad, caracterizada por metas de corto plazo, y menos planificación enfocada en los acontecimientos de día a día. Es por esto que al paciente se le debe enseñar a pensar en términos de la cronicidad, de que el cáncer no es uniformemente fatal ni agudo.

3) El manejo de la incertidumbre: Cohn y Lazarus (1979; en Bayes, 1985) encontraron una serie de amenazas que pueden desencadenar el cáncer. Cada una de estas amenazas puede llegar a ser una fuente de incertidumbres:

- a) Amenazas a la vida, miedo a morir
- b) Amenazas a la integridad corporal y bienestar (por la enfermedad, por los procedimientos diagnosticados, o por los tratamientos médicos en sí): lesiones corporales o incapacidad, cambios físicos permanentes, dolor físico, molestias, y otros síntomas negativos de la enfermedad o el tratamiento, incapacidad
- c) Amenazas a los conceptos de sí mismo y a los planes futuros: necesidad de alterar la imagen de sí mismo, incertidumbre de la enfermedad, puesta en peligro de las metas de la vida y valores, pérdida de la autonomía y control
- d) Amenazas al equilibrio emocional de sí mismo
- e) Amenazas al cumplimiento de los roles y actividades sociales acostumbradas: separación de la familia, amigos; necesidad de depender de otros
- f) Amenazas que implican adaptarse a un nuevo ambiente físico o social: al hospital, problemas para comprender la terminología médica, necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes y desconocidas
- g) El paciente con cáncer debe aprender su "rol de paciente" para minimizar su incertidumbre, aprendiendo las expectativas que tiene el personal médico.

4) Enfrentamiento con el dolor: una de las expectativas mantenidas por los que cuidan a los enfermos de cáncer, es que el dolor y el sufrimiento sean, en cierto grado, esperados y acomodados por parte de éstos. En el cáncer el dolor persiste con frecuencia, mucho más allá de una función de alerta. Para más de la mitad de los casos de cáncer con dolor grave, la cronicidad del dolor llega a ser una fuerza destructiva y desmoralizante en el proceso de la enfermedad (Domínguez, 1994).

Las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales han contribuido al manejo y control del dolor en los pacientes con cáncer, por ejemplo, la *psicoeducación* y la *terapia de apoyo* han mostrado como se reduce el distrés emocional, ansiedad, depresión, y cambio de creencias acerca del dolor (Thomas y Weiss, 2000).

Objetivos

Se intervino con 196 pacientes oncológicos -134 mujeres y 62 hombres, con una $x=47$ años con un rango de edad de 15 a 91 años- recién diagnosticados y hospitalizados para procedimientos (quimioterapia, radioterapia o cirugía).

Se orientó y entreno a los familiares en estrategias de afrontamiento para reducir el estrés; así como, orientarlos acerca del apoyo que se puede brindar al paciente para mejorar o mantener una buena calidad de vida, tanto para la persona enferma como para ellos mismos.

Se cubrieron los objetivos planteados en el Programa Operativo para esta sede:

- Desarrollo de programas de intervención en pacientes oncológicos a nivel individual.

- Desarrollo de intervenciones que ayuden a resolver problemas psico-oncológicos en los pacientes generados por la enfermedad orgánica.
- Proporcionar alternativas educativas de cambio del estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- Favorecer en los pacientes la adherencia en la terapéutica médica
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo del estrés, depresión, ansiedad y habilidades de enfrentamiento.

Procedimiento

Para llevar a cabo una intervención en *hospitalización* se hizo mediante el pase de visita con los médicos para identificar a los pacientes que se encontraron preocupados, tristes, estresados, ansiosos, deprimidos, etc., o que les dificultara adaptarse a las condiciones del hospital o por las implicaciones de la enfermedad. Se revisaba el expediente para obtener algunos datos ó, si no se tenía acceso a él en ese momento se pidió la información al médico o directamente se interviene con el paciente. Dependiendo de las condición física de la persona se aplicó algún instrumento sobre ansiedad, estrés, depresión, aunque en la mayoría de las veces se intervino lo más pronto posible con la información que se obtuvo en la entrevista.

La intervención en *consulta externa* se llevó a cabo a partir de la observación de las reacciones emocionales de los pacientes, dentro del consultorio médico ante el diagnóstico o ante una recaída o cambio en el tipo de tratamiento. Los días lunes y jueves se atendieron a los pacientes de tumores mixtos y ginecología; generalmente se realizaban intervenciones en crisis, ante el diagnóstico de cáncer, o de emergencia, fundamentalmente se aplica *psicoeducación*, para promover estrategias de enfrentamiento eficaces, para

reducir la crisis de angustia en el paciente y a la familia; o bien se intervino cuando había recaídas ante los tratamientos de cirugía, quimioterapia o radioterapia.

Se realizaba una entrevista semiestructurada de exploración (en 30 o 40 min.) para focalizar el problema principal en palabras del paciente, y posteriormente planear la intervención. En algunas ocasiones se aplicaban instrumentos dado que el tiempo del que dispone para intervenir es poco o por condiciones físicas y emocionales de los pacientes. Por lo cual se tiene que trabajar con los elementos disponibles, es decir, en términos de la problemática del paciente y los recursos personales y cognitivos con los que cuenta éste (dolor, malas condiciones físicas, motivación, cooperación, interés por seguir su tratamiento, etc.)

Las técnicas que se aplicaron fueron: intervención en crisis, terapia de apoyo, reestructuración cognoscitiva, retroalimentación positiva, relajación, cambio de ideas irracionales, solución de problemas, imaginaria, entrenamiento en habilidades sociales, en toma de decisiones y solución de problemas, manejo de la autoestima e imagen corporal, manejo de la ansiedad ante procedimientos invasivos (radioterapia, quimioterapia o cirugía), adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, ejercicios), manejo del duelo y pérdida, y preparación para la muerte.

El número de sesiones fue variable, ya que dependió de la estancia del paciente en el hospital, sea que fuera a consulta externa o estuviese hospitalizado, con una duración aproximada de 50 minutos. Posteriormente se hacía la nota de Medicina Conductual en el expediente y se le da seguimiento en la medida de lo posible, aunque esto era un tanto complicado con los pacientes de la consulta externa, pues generalmente las intervenciones se dieron en crisis, por lo cual fueron breves.

**11515 CON
FALLA DE ORIGEN**

Resultados

Se observó que los pacientes con cáncer frecuentemente presentan alteraciones físicas (efectos secundarios como náusea, vómito, dolor, ardor, caída del cabello, mutilaciones y amputaciones que implican cambios en la imagen corporal, etc.) y psicológicas (miedo, negación, depresión, ansiedad, estrés, insomnio, etc.) ante la enfermedad y los tratamientos invasivos que indiscutiblemente modificaran su estilo de vida, en algunos casos parcialmente y en otros de forma radical.

En la siguiente tabla se muestra las intervenciones realizadas con los pacientes de los diferentes subservicios de oncología:

Subespecialidad	Tipo de cáncer	% de pacientes	Intervención psicológica
Cabeza y cuello	laringe, linfoma, tráquea, cuello, tiroides	2%	Balance decisional, reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, relajación, imaginería, desensibilización sistemática, manejo de la autoestima e imagen corporal, <i>entrenamiento en solución de problemas</i> , adherencia al tratamiento
Mama	mama (mastectomias)	9.7%	Balance decisional, reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, relajación, imaginería, desensibilización sistemática, manejo de la autoestima e imagen corporal, <i>entrenamiento en solución de problemas de pareja relacionados con la enfermedad y el tratamiento</i>
Tumores mixtos	pulmón, metástasis, testículo, próstata, renal, abdominal, colón, sarcoma, hígado, páncreas, estómago, vejiga, epidermoide, glúteo, fibrosarcoma, tórax, condrosarcoma de Ollier, esófago	50.5%	Balance decisional, reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, relajación, imaginería, desensibilización sistemática, manejo de la autoestima e imagen corporal, <i>entrenamiento en solución de problemas</i> , adherencia al tratamiento, elaboración del duelo

Ginecología	cervico-uterino, de ovario, endometrio, carcinoma canicular infiltrante, histerectomías	37.8%	Balance decisional, reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, relajación, imaginería, desensibilización sistemática, manejo de la autoestima e imagen corporal, entrenamiento en solución de problemas de pareja relacionados con la enfermedad y el tratamiento
-------------	---	-------	--

Solamente algunos tipos de cánceres son curables cuando se detectan en una etapa temprana. En este servicio un alto porcentaje (55%) de los pacientes que acuden ya se encuentran en etapas avanzadas, y dependiendo de ello, el personal médico decide el tipo de procedimiento. Los tres tipos de procedimientos son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, entre estos se combinan dependiendo de la localización corporal y de la etapa en la que se encuentre el tumor canceroso.

La *cirugía* genera una serie de efectos emocionales, por ejemplo, miedo a morir en el quirófano, el dolor, el cambio en su imagen corporal, en su autoestima, así como la pérdida de ciertas funciones (por ejemplo, la colocación de catéteres, alimentación parenteral, sondas, bolsas excretoras, etc.).

La *radioterapia* tiene efectos secundarios como es náusea, vómito, diarrea, pérdida del cabello, anemia, fatiga, dermatitis, quemaduras, etc., que hacen que el paciente tenga cambios en su estado emocional y efectos físicos como esterilidad, fibrosis pulmonar y neumonitis etc.

Mientras la *quimioterapia* provoca alteraciones colaterales como: náusea, vómito anticipatorio, diarrea, etc.; hay una percepción por parte del paciente que el tratamiento es lento y a la vez tiene sintomatología que ellos no pueden controlar, pues ellos mismos los anticipan antes de recibir el medicamento.

Cuando la problemática emocional iba más allá de la enfermedad orgánica (por ejemplo, problemas de pareja, familiares, trastornos de la personalidad) los casos se canalizaban al Servicio de Psicología y Psiquiatría del hospital.

Se intervino con los elementos de la queja principal de los pacientes para identificar si se logró una modificación de las estrategias de afrontamiento en la reducción del estrés, ansiedad, depresión, generado por el diagnóstico de la enfermedad, la gravedad, por los tratamientos, las recaídas, etc. (ver apéndice B)

Evaluación de la Intervención

Las intervenciones se evaluaron en términos de lo que reportaban los pacientes: si se sentían mejor emocionalmente, si lograron dormir, si se redujo el estrés, ansiedad ante los procedimientos médicos -ya que éstos son altamente agresivos para contrarrestar los tumores provocando desagradables malestares físicos y psicológicos-, si se implementaron estrategias cognitivas y conductuales ante el dolor, etc. El impacto para la institución se observó en la disposición de los pacientes para cooperar con el personal y el estabilizarlos emocionalmente dándose una mejor respuesta a los tratamientos, ya que si un paciente está muy deprimido, ansioso o maximiza los efectos secundarios de los tratamientos (náusea, vómito, dolor, etc.) obstaculiza su pronta recuperación y el que pueda dársele de alta lo más pronto posible.

Autoevaluación de las Competencias desarrolladas

Durante el transcurso de la Residencia se entrenaron, en HGA y el HJM, las habilidades y competencias profesionales con los pacientes en hospitalización y en consulta externa que tuvieran alguna enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, insuficiencia renal, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, cáncer, etc.) o que fueran a ser intervenidos quirúrgicamente. El desarrollo de dichas habilidades sirvieron para poner en práctica las técnicas cognitivo-conductuales: como entrevista para focalizar el problema y diseñar el plan de intervención -que en su mayoría fueron en intervención en crisis-, revisión de material bibliográfico, utilización de algunos instrumentos de medición, etc.; teniendo como objetivo el normalizar las reacciones emocionales de los pacientes ante el diagnóstico de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, adaptación al ambiente intra-hospitalario y a la aceptación de las redes de apoyo.

Además las intervenciones se realizaron con una actitud ética profesional, en las que se trató de ser sensible a las necesidades de los pacientes que se atendieron, identificando problemas de salud relevantes para generar y adaptar, las técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales que mejor se ajustaran a la población atendida.

IV. ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

Hospital General de Atizapán

ASISTENCIA A LAS SESIONES GENERALES

Una de las actividades que se tenía que llevar a cabo, como parte del personal de salud, fue la asistencia a las sesiones generales una vez a la semana, en donde se exponían diversos temas médicos, humanísticos, culturales, científicos y tecnológicos; y que formaron parte en el desarrollo profesional para la integración del residente en Medicina Conductual y las otras disciplinas.

SESIONES ACADÉMICAS

Al inicio de la residencia se presentó, en el auditorio del hospital, una sesión general con el objetivo de dar a conocer la medicina conductual, exponiendo los tópicos: factores que afectan la salud, niveles de intervención en salud, respuestas psicológicas del paciente hospitalizado, técnicas psicológicas de intervención.

Además se impartieron sesiones académicas, por requerimiento del servicio de medicina interna, a los médicos internos y residentes. Dichas sesiones tuvieron como objetivo apoyar al personal con el manejo de aspectos emocionales en cuanto a su vida personal y profesional, para que ellos identificaran las circunstancias de estrés laboral que pudiese desencadenar la misma rutina diaria con los pacientes, y por el estrés generado por otras fuentes externas al ambiente hospitalario; se consideraron ciertas estrategias de enfrentamiento.

Estas sesiones se dieron en la Unidad de Diálisis, en la oficina de MI o en alguna de las aulas (una hora a la semana). Los temas relacionados con medicina conductual que se impartieron fueron los siguientes:

1. Conductas de Salud
2. Estilos de vida
3. Estrés Laboral
4. Estrategias de Enfrentamiento
5. Autoestima

Asimismo se impartió una sesión académica, por requerimiento del servicio de MI, a los médicos internos y residentes. Dicha sesión tuvo como objetivo apoyar al personal médico con el manejo de aspectos emocionales en la intervención con los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. La sesión se llevó a cabo en una de las aulas. Los temas relacionados con la enfermedad que se discutieron fueron los siguientes:

1. Enfermedad Crónica
2. Estrategias de Afrontamiento
3. Percepción del paciente con IRC
4. Efectos psicológicos ante la hospitalización
5. Objetivo de la Intervención Psicológica

INVESTIGACIONES

Se realizaron dos investigaciones:

1) "Embarazo en Mujeres Adolescentes: Adaptación de un Cuestionario de Afrontamiento".

En México el embarazo no planeado en la adolescencia es un problema importante de salud pública. En 1982 el 12% del total de nacimientos fue de madres entre los 15 y 19 años de edad, lo que indica que las adolescentes mexicanas están empezando a tener relaciones sexuales a edades más tempranas. En el embarazo en las adolescentes interactúan variables individuales y sociales asociadas a la conducta sexual, tales como: la influencia de la familia, los compañeros, los conocimientos en sexualidad, anticoncepción; así como las expectativas que se tienen de la relación en pareja (Pick, Díaz-Loving y Andrade, 1988).

El ser madre en la adolescencia no es un hecho aislado, sino que se deben considerar una serie de consecuencias que se presentan: abandono de estudios, vivir en unión libre, matrimonios forzados, abandono del núcleo familiar, menores posibilidades de trabajo y conflictos psicológicos. Estas adolescentes refieren planes a futuro poco definidos, como muy poco interés en continuar sus estudios. Cabe señalar que la deserción escolar antecede al embarazo, incluyendo las habilidades académicas, lo que influirá posteriormente para que decidiera continuar con sus estudios durante y después del embarazo; así como el apoyo social y familiar que reciba (Laguna, 1995).

Por lo que la adolescente tendrá que afrontar su embarazo, siendo el afrontamiento definido como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas

específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción) (Lazarus y Folkman, 1986).

El embarazo y parto pueden ser un evento de vida crítico y estresante, particularmente en los primeros embarazos, en embarazos en adolescentes, y en mujeres con problemas de enfrentamiento y ansiedad anteriores. Las tensiones pueden ser mitigadas por relaciones familiares fuertes, el involucramiento del padre compartiendo las experiencias del embarazo y parto, participando en la crianza y en los aspectos emocionales de interacciones familiares. Las adolescentes embarazadas pueden necesitar ayuda formando y usando sistemas de apoyo, ayuda para entender las interacciones sociales y los nuevos papeles, y estímulo para completar su educación. Los proveedores de servicio de salud mental también necesitan estar conscientes de las posibles necesidades (Mowbray, Lanir y Hulce, 1982).

El interés generado por este modelo de trabajo ha favorecido múltiples investigaciones con la finalidad de conocer los procesos cognoscitivos con los que una persona enfrenta y resuelve los eventos que le generan estrés. Estas investigaciones han presentado reportes sobre los elementos de enfrentamiento al estrés y la construcción de instrumentos de medición que cubren las posibilidades de respuesta que los sujetos construyen en su vida diaria y su confiabilidad en circunstancias específicas (Joya y Ortega, 1994).

La adaptación de instrumentos sensibles para medir problemas socialmente relevantes, en este caso de afrontamiento, permite en primer orden

detectar patrones de conducta en esta población para posteriormente diseñar programas de intervención primaria enfocadas al afrontamiento a adolescentes embarazadas.

El presente estudio pretendió adaptar un instrumento confiable para identificar cómo las adolescentes afrontan un embarazo, así como problemas relacionados con su vida en general y problemas de salud. El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en México, por lo es necesario implementar programas de prevención primaria para qué, en quienes ya pasaron por un primer embarazo puedan planear a futuro el siguiente.

La muestra estuvo conformada por 100 adolescentes embarazadas entre los 13 y 19 años de edad que acudieron a revisión médica a los hospitales de la Mujer y General de Atizapán. Instrumento: Adaptación y piloteo del Inventario de Estrategias de Enfrentamiento (López y Reyes, 1998). Para este estudio se consideraron cuatro dimensiones para de afrontamiento ante el embarazo en mujeres adolescentes: cuando tengo problemas en mi vida, cuando tengo problemas de salud, desde que supe que estaba embarazada yo y cuando tuve problemas de salud relacionados al embarazo. Se formularon 18 reactivos para medir afrontamiento en cada factor (Anexo 7). El instrumento tiene reactivos con 7 opciones de respuesta gráfica.

Los resultados muestran estilos de afrontamiento similares a lo observado por López y Reyes (1998), que reportan que en general los adolescentes tienen un estilo más positivo que negativo de enfrentar los problemas y que el adolescente mexicano tiene un estilo particular de enfrentar los problemas en forma global. En orden de importancia lo primero que haría es planear como resolverlos (analizándolos y dándoles la cara), en segundo lugar buscar el apoyo de gente que tenga información para solucionarlo. Con los resultados de la adaptación del cuestionario de afrontamiento en adolescentes embarazadas se

encontró que en general las adolescentes responden con opciones de respuesta altas en reactivos que se esperaba este tipo de respuesta y con respuestas bajas en reactivos en los que se esperaban respuestas bajas, esto es tienen un afrontamiento más positivo que negativo.

Se obtuvieron 14 reactivos en la Escala A, 15 en la Escala B, 11 en la C y 12 en la D, dando un total de 52 reactivos totales. Los índices de confiabilidad obtenidos (Alpha de Cronbach) para la Escala A fue de 0.72, para la B fue de 0.74, para de Escala C de 0.81 y para la escala D fue de 0.63, obteniendo una **Confiabilidad total de 0.87.**

Se puede observar que en esta muestra de adolescentes embarazadas el estilo afrontamiento relacionados a los problemas es *enfrentarlos, se sienten tristes, platican con alguien acerca de lo que van a hacer, procuran aprender de ellos*, aunque también manifiestan que *se desesperan*. Al analizar el tipo de respuestas se identifican reacciones ambivalentes propias de la adolescencia.

En la segunda escala ante los problemas de salud las respuestas mayoritarias fueron: *tratar de sanar, alimentarse bien, cuidarse siguiendo un tratamiento, pensar en que saldrán fortalecidas y ven lo positivo* de la situación.

En cuanto a su embarazo reaccionaron de la siguiente manera: *que no se molestaron, no se mantuvieron ocupadas para olvidarse del problema, no se sintieron tristes, no se desesperaron ni pensaron en otra cosa*. Respecto a los problemas de salud relacionados al embarazo el afrontamiento se dirigió: *a alimentarse bien, rezar, se cuidaron siguiendo un tratamiento médico, no se mantuvieron ocupadas no durmieron para evitar el problema*.

Los resultados obtenidos muestran pues un estilo más positivo de enfrentar la situación de un embarazo en la adolescencia; sin embargo, habría que

considerarse todas aquellas consecuencias (biológicas, personales, familiares, académicas, laborales y sociales) que podrían conllevar el embarazo a en esta etapa. El embarazo en las adolescentes por lo general no es planeado, ocurre en todos los niveles económicos y de educación. La parte económica y el poco apoyo familiar y las escasas oportunidades de progreso, genera preocupación, angustia, sentimientos de ambivalencia y pérdida de la autoestima, producto de los valores establecidos en una sociedad que le ha concedido valor a la mujer si es virgen hasta el matrimonio (Laguna, 1995).

Al ser el embarazo y parto un evento de vida crítico y estresante, particularmente en un primer embarazo y siendo adolescente, se requiere de apoyo social para mitigar la tensión causada por este evento, factores como las relaciones familiares fuertes, el involucramiento del padre compartiendo las experiencias del embarazo y parto, la participación en la crianza y en los aspectos emocionales de interacciones familiares pueden ser muy importantes para el afrontamiento ante un embarazo de tales características.

Con este instrumento se identificaron factores relacionados a los estilos de afrontamiento en esta población, información que nos puede ayudar a crear programas de prevención e intervención tomando en cuenta variables socioculturales que contribuyan a la atención integral del adolescente.

Cada adolescente responderá de acuerdo a sus recursos y alternativas disponibles para enfrentar las consecuencias de un embarazo no planeado, buscando una reacción adaptativa, por lo que es relevante conocer los estilos de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante esta situación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2) "Patrón de Conducta Tipo A en Médicos y Reactividad ante el Estrés: Estudio Preliminar"

Los estudios epidemiológicos muestran una estrecha relación entre las enfermedades coronarias y factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol, la obesidad, el consumo de tabaco, alcohol y la inactividad física. Junto a estos factores se pueden incluir los de origen psicosocial que se han asociado con una mayor prevalencia en las enfermedades cardiovasculares, en este sentido el estrés psicosocial y ocupacional que son importantes para que se presente dicho padecimiento. Se ha encontrado, que aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión (también llevar a cabo dos trabajos simultáneamente), aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios (Sender, 1988). Los trastornos emocionales crónicos (como la ansiedad o la depresión) parecen relacionarse de igual manera con las manifestaciones de cardiopatías; además cabe mencionar las alteraciones del ciclo sueño-vigilia que conllevan tales trastornos emocionales (Muñoz, Fernández-Abascal y Labrador, 1989).

El patrón de conducta tipo A, se puede definir como un estilo de comportamiento de una persona que se encuentra agresivamente implicada en una incesante actividad que le arrastra a hacer más y más cosas en el menor tiempo posible; y lo hace en contra de lo que se oponga a ello, ya sean personas o cosas (Friedman y Rosenman, 1974). Posteriormente estos autores definen la conducta como un complejo acción-emoción, que se presenta en personas constantemente implicadas en una lucha incesante y contra reloj para obtener el mayor número posible de logros, en referencia a la acción competidora de otros sujetos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este tipo de comportamiento se identifica, además por una serie de cambios a nivel fisiológico, hay un incremento en la frecuencia cardíaca, conductancia de la piel o presión arterial, mayor secreción de epinefrina y norepinefrina. Hay una secreción de catecolaminas en respuesta a los retos psicológicos y físicos cotidianos; hay una respuesta automática simpática y endocrina en las circunstancias de presión o que implican frustración o competencia (Latorre y Beneit, 1996).

Algunos autores (Siegrist, 1988, en Sender, Valdés y Riesco, 1993) señalan la importancia de la presión ambiental para poner a prueba el valor patógeno del patrón de conducta tipo A; se hace hincapié en la predisposición de las personas que presentan este patrón y tienden a responder con agresividad habiendo una activación fisiológica más frecuente que daña su salud, presentando mayor riesgo coronario (Del Pino, 1996).

A través de las diversas investigaciones se ha tratado de objetivizar las variables psicobiológicas y conductuales relacionadas con la salud y la enfermedad en sujetos tipo A. Así algunos de los trabajos relacionan parámetros fisiológicos, en las respuestas de hostilidad -agresividad controlada del patrón conductal tipo A, con situaciones de desafío ambiental que promueven frustración o competitividad para poner de relieve la activación cardiovascular y otras reacciones fisiológicas (Glass, 1978, 1980, 1983; Diamond y Schneider, 1984; en Sender et. al, 1993).

El modelo conocido de "salud y enfermedad" ha permitido conceptualizar la reacción general de adaptación o reactividad como un continuo del comportamiento que va desde el reflejo de orientación hasta los diferentes trastornos psicofisiológicos ocasionados por el estrés crónico matizados por la experiencia individual. Vila (2000) hace una síntesis de las concepciones generales y específicas del estrés ante la reactividad psicofisiológica:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. *Generalidad del estrés*: la mayoría de los planteamientos psicofisiológicos han asumido que el patrón de reactividad es inespecífico, que el organismo responde ante cualquier estímulo o situación amenazante (no importando de que tipo sea);
2. *Especificidad del estrés*: a) *estimular*, que se refiere a que existen diferentes patrones de reactividad psicofisiológica provocada por estímulos o situaciones estresantes diferentes; y b) *individual*, se hace referencia a la forma ideosincrática de reaccionar de cada persona ante las situaciones estresantes.

De acuerdo con Palacios (1998) los estudios de cambios fisiológicos - reactividad- ante el estrés han permitido observar los trastornos psicofisiológicos a partir de las situaciones externas generalmente ambientales o del entorno que es estresante y que impacta al individuo, quien hace una evaluación cognoscitiva de ésta pero que lo puede llevar a que se exponga de manera frecuente a situaciones estresantes o de reactividad alterada y permanentemente como se observa en el patrón de conducta tipo A.

Palmero y Ascencio (2001) realizaron un estudio con estudiantes universitarios, formando dos grupos, los que obtuvieron puntajes altos y bajos en la escala de Jenkins (JAS-J), la cual mide urgencia e impaciencia; el experimento consistió en tres fases: una de adaptación, situación estresante (examen) y otra de recuperación. Se confirmó que los estudiantes que obtuvieron puntajes altos en el JAS-J, mostraron una alta reactividad en la frecuencia cardíaca en comparación con el otro grupo. Asimismo se observó que los individuos del primer grupo tardaron más tiempo en reaccionar después de iniciar la última etapa.

Desde una perspectiva fisiológica, hay evidencia de que los individuos reaccionan con patrones de respuesta estables y constantes cuando se encuentran sometidos a estrés. Existen diferencias entre las reacciones fisiológicas, cognoscitivas y conductuales cuando el estrés está presente (Anguiano y Reynoso, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los médicos generalmente son personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas que les puede generar estrés; además de que buscan este tipo de situaciones ya que suponen para ellos un reto personal (por ejemplo, entre los cirujanos tiende a darse mucho la competencia en cuanto al número de cirugías realizadas), no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, involucrados en su vocación e incapaces para relajarse, a veces niegan otros aspectos de su vida tales como familia y recreación (Firth y Payne, 1999).

El objetivo de este estudio fue identificar las reacciones fisiológicas y cognitivas, de los médicos con personalidad tipo A y los que no la tienen, ante una situación de estrés. Para posteriormente implementar un programa que les ayude al manejo, control de sus percepciones, atribuciones y reacciones psicofisiológicas. En este estudio participaron 64 médicos internos, residentes y adscritos del Hospital General de Atizapán (perteneciente a la SSA) a quienes se les aplicó el cuestionario de Patrón de Conducta Tipo A (Seligson y Reynoso, 1997). De acuerdo con los resultados se realizaron 10 registros fisiológicos (a 5 médicos que tuvieron la más alta puntuación y 5 de los que tuvieron la más baja). Se utilizó un equipo de Biofeedback 5DXT digital para registrar las medidas fisiológicas, que consta de un termistor (temperatura), electromiógrafo (EMG) y un medidor de resistencia galvánica de la piel (RGP). Asimismo se utilizó una computadora portátil HP "Notebook, Lap top" y un video juego de "carreras en motocicletas"

Los registros fisiológicos se realizaron -en una cama de una de salas de hospitalización- en tres fases diferentes: de reposo, relajación y estrés (el cual fue inducido por un video juego). Cada dos minutos se tomaron los registros. Al terminar se les preguntaba cómo se habían sentido en el transcurso de la sesión.

Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas fisiológicas de temperatura y el electromiograma en las tres fases. Solamente en la respuesta galvánica de la piel se observan diferencias en la fase de relajación ($F=13.12$, $p=.007$) y ante la reactividad al estrés ($F=7.42$, $p=.026$) entre los médicos de los dos grupos.

En ambos grupos hubo reactividad en la fase de estrés y la respuesta galvánica de la piel aumentó en siete médicos. En cuanto a la temperatura, se observa que en la mayoría de los casos se incrementó en la fase de relajación y disminuyó en la fase de competencia, como se esperaba (considerando que en la mayoría de las personas aumenta la temperatura cuando están relajadas y disminuye cuando se encuentran estresadas); en dos médicos con conducta tipo A incrementó en esta fase y en otra se mantuvo casi estable en las tres fases.

Se observó que los médicos que no tienen y los que tienen la conducta tipo A reaccionaron ante la situación de estrés con el video juego de competencia, y se identificó que ante ciertas circunstancias la persona reacciona, generando un estrés situacional (estado), aún cuando se tengan características más estables en su personalidad (rasgo).

Casi todos los médicos clasificados con conducta tipo A refirieron que en la fase de relajación lograron disminuir la percepción de estrés (dolor de espalda, dolor de cabeza, cansancio, etc), mencionaron que generalmente no saben cómo manejar su estrés generado por la presión laboral y/o personal. En comparación con los médicos que tuvieron puntajes bajos, refirieron que en la fase de relajación se sintieron bien, aunque en la de competencia estuvieron presionados.

Además, se observó que entre los médicos cirujanos los cambios en la respuesta galvánica de la piel, fueron mínimos durante las tres fases, en comparación con los otros médicos, quizás esto se podría explicar por la precisión

que requieren al momento de realizar las cirugías. Sin embargo, ellos mencionan que aunque física o corporalmente no se les note que se encuentran estresados (tanto en su casa como en el hospital), ellos mismos perciben que no descansan y frecuentemente se muestran agresivos en ciertos momentos del día,

Los médicos de ambos grupos refirieron que generalmente, por el tipo de trabajo que tienen que desempeñar profesionalmente, se encuentran estresados la mayor parte del tiempo en sus actividades como pasar visita, atender la gravedad de la enfermedad de un paciente, realizar las notas médicas, la relación interpersonal-laboral con los jefes y compañeros en el hospital. Algunos médicos mencionaron que también en su vida personal y familiar se les presentan situaciones estresantes que no saben cómo manejar y que ello les lleva a tener problemas a nivel personal (en su salud), familiar, laboral y social.

De acuerdo con la perspectiva de la reactividad específica (Vila, 2000), el riesgo de desarrollar un trastorno psicofisiológico particular dependerá no sólo del tipo de situación estresante al que la persona esté habitualmente expuesta, sino también de su forma ideosincrática de reaccionar ante dicha situación.

Como se había mencionado anteriormente, que los médicos generalmente son personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas que les puede generar estrés; además de que buscan este tipo de situaciones ya que suponen para ellos un reto personal (por ejemplo, entre los cirujanos tiende a darse mucho la competencia en cuanto al número de cirugías realizadas), no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, involucrados en su vocación e incapaces para relajarse, a veces niegan otros aspectos de su vida tales como familia y recreación (Firth y Payne, 1999).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La formación médica poco a poco va generando -no en todos los individuos, ya que habría que considerarse la amenaza percibida de la situación, las estrategias cognoscitivas, emocionales y conductuales que se posean, la vocación por la carrera, personalidad, etc.- esa preocupación por ser competitivo y el sobresalir profesionalmente. Muchos de los médicos, adscritos del hospital de Atizapán, de este estudio trabajan en uno o dos lugares más a parte de este hospital; por lo cual viven en constante presión en su vida profesional, personal y familiar. Algunos de ellos manifiestan que se consideran sujetos con conducta tipo A y que se les hace difícil relajarse, pues constantemente, por las demandas de su servicio deben realizar varias tareas a la vez, así como, sin darse cuenta suelen ser agresivos.

Los resultados preliminares que aquí se presentan muestran cómo ante determinadas circunstancias se pueden generar cambios fisiológicos o no, dependiendo de la percepción de amenaza de dicha situación. Esto deja la inquietud para que en las siguientes etapas de la investigación se focalice más sobre aspectos cognoscitivos y afectivos que en este tipo de profesionales pueden generar estrés, para que posteriormente, en la fase de intervención con los médicos del Hospital General de Atizapán, quienes presentan el patrón de conducta tipo A, se les pueda entrenar en el manejo del estrés, motivándolos a un cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida. Además, que puedan modificar variables cognoscitivas implicadas en los procesos de percepción y valoración de las situaciones de estrés, así como, las habilidades de enfrentamiento. Con ello se pretende disminuir en esta población problemas cardiovasculares que es uno de los padecimientos crónicos que en la actualidad se ha incrementado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hospital Juárez de México

ASISTENCIA A SESIONES DE PSICOLOGÍA

Dentro de las actividades que los residentes de medicina conductual que tuvieron que realizar fue la asistencia a la supervisión *in situ*, en la cual se hicieron revisiones bibliográficas y de casos (una vez por semana, los martes); asimismo se asistió (una vez por semana, los miércoles) a las sesiones generales del servicio de Psicología del Hospital Juárez, en donde se presentan casos relevantes o que resultan complicados para la intervención. Considero que dichas actividades fueron de gran apoyo, ya que la retroalimentación fue constante sobre la forma en que se interviene con los pacientes con cáncer o con algún otro padecimiento.

ASISTENCIA A CLASES DE ONCOLOGÍA

Durante los meses de marzo y abril del 2001 se asistió a las clases con los residentes médicos, en donde se expusieron temas general y específicos de Oncología Médica; esta información fue de utilidad para conocer las características de la enfermedad y los diferentes tratamientos, para posteriormente diseñar las intervenciones psicológicas, ubicando la etapa o procedimiento en el que está siendo tratado el paciente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

V. ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSTITUCIÓN

INTERCONSULTAS

En el Hospital General de Atizapán se apoyo a otros servicios como Ginecología, Urgencias, Clínica del adolescente; en donde se intervino en algunas interconsultas por problemas emocionales, no generados por enfermedad orgánica, sino por problemáticas personales, de pareja, familiares, etc. Se intervino en situaciones de crisis, en suicidios (principalmente adolescentes), por rechazo a los hijos, problemas de pareja, por alcoholismo, drogadicción, etc. Cuando no se pudo dar seguimiento por cuestiones de desarrollo del programa operativo, estos casos se canalizaron a otras instituciones y solamente se hacía la entrevista de exploración y se orientaba a los pacientes.

En el Hospital Juárez se pidieron interconsultas por parte de los médicos residentes de otros servicios: Clínica del Dolor, Cirugía de Tórax y Cirugía Vasculuar. Generalmente las intervenciones estaban enfocadas para el manejo de ansiedad pre y post-operatoria, control del dolor, adaptación a la hospitalización y a los cambios en el estilo de vida (por ejemplo ante una amputación). Cuando no se pudo dar seguimiento por cuestiones del desarrollo del programa operativo, estos casos se canalizaron al servicio de psicología del hospital.

CLÍNICA DEL ADOLESCENTE

Pláticas de Sexualidad, Dinámica Familiar y Drogadicción

En el HGA una de sus acciones de intervención, fue dar *atención integral a la salud de los adolescentes*; por lo que, existe una importante necesidad de

hacer promoción y prevención primaria. Es decir, se pretendió incidir en esta población para evitar o reducir conductas de riesgo para su salud física y mental. Considerando que en esta institución se atienden un número alto de embarazos - más de 100 partos al mes- de adolescentes entre 13 y 19 años. En México el embarazo no deseado en la adolescencia es un problema importante de salud pública. En 1982 el 12% del total de nacimientos fue de madres entre los 15 y 19 años de edad. Lo que indica que las adolescentes mexicanas están empezando a tener relaciones sexuales a edades más tempranas (Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes, 1988). El embarazo en las adolescentes muestra interrelaciones de variables individuales y sociales asociadas a la conducta sexual, tales como: la influencia de la familia, los compañeros, los conocimientos en sexualidad, anticoncepción; así como las expectativas que se tienen de la relación en pareja (Pick, Díaz-Loving y Andrade, 1988).

También se atendieron adolescentes por enfermedades de transmisión sexual, problemas de farmacodependencia y por problemas familiares.

Las técnicas empleadas fueron, principalmente, por medio de lluvia de ideas y se utilizaba un video-tape del tema tratar en ese día.

En la Clínica del Adolescente se impartieron pláticas (2 veces al mes), dirigidas a los adolescentes y sus padres, acerca de: sexualidad, embarazo, dinámica familiar, drogadicción, autoestima, nutrición.

Estas pláticas se programaron de manera formal a un grupo de estudiantes de secundaria (aproximadamente 100 alumnos de primero, segundo y tercer grado) y también a un grupo de estudiantes de Enfermería del Conalep de Cuautitlán (30 aproximadamente), con la finalidad de intervenir en los factores de riesgo, incrementando los factores protectores.

Los recursos materiales que se utilizaron en estas pláticas fueron un videotape: "Como cuates", "El cuerpo humano", "Nutrición en la adolescencia", (proporcionados por MexFam), rotafolios, trípticos, pizarrón, tarjetas, plumones; y, las técnicas empleadas para llevar a cabo la dinámica de grupo fueron lluvia de ideas, trabajo en equipo, juego de roles, solución de problemas, entre otras.

Los resultados se pueden identificar por el impacto en la población objetivo (adolescentes y padres de familia), por el interés que mostraron los participantes; así como, por las sugerencias y comentarios que sirvieron como retroalimentación para posteriores intervenciones de orientación. A nivel institucional se cumple con una de sus funciones del hospital realizar promoción de la salud y prevención primaria.

Taller de Autoestima

El taller se impartió a los adolescentes con la finalidad de promover el autoconocimiento y fomentar conductas protectoras ante los factores de riesgo que tienen a su alrededor: drogadicción, delincuencia, embarazos no deseados, relaciones familiares, de amistad, de noviazgo, etc. Así pues se pueden identificar algunos factores que influyen en el embarazo de los adolescentes: la adolescencia no es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino es una etapa decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica, donde la sexualidad aparece en el primer plano de las preocupaciones (Mc Kinner, 1993).

Con el taller se pretendió impactar en la población adolescente para prevenir conductas de riesgo, tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa de cambios físicos y emocionales, en la que se van generando ciertas inquietudes con respecto a dichos cambios, tratando de experimentar nuevas

relaciones, por lo que es importante que los adolescentes analicen las situaciones de su vida cotidiana, las cuales les generan ciertos pensamientos, emociones y conductas.

La autoestima se le puede definir como el valor que nos asignamos a nosotros mismos (Cardenal, 1999). Otros autores (Pope, McHale y Craighead, 1988) mencionan que la autoestima es una evaluación -positiva y negativa- de la información contenida en el autoconcepto y que es una combinación de información objetiva, que tiene el individuo, acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esa información. La autoestima surge por la opinión de otros significativos, la propia auto-observación, y la inducción de pensamientos y creencias; se consideran importantes en su formación las creencias de autoeficacia y autocontrol (Cardenal, 1999). La *autoeficacia* se refiere a cómo los individuos evalúan los resultados de sus conductas; es decir, el cómo afrontan una situación, tratando de controlar los eventos que afectan su vida.

En la autoeficacia intervienen procesos como: la motivación, estados afectivos y conductuales, los cuales están mediadas por creencias. La percepción de la autoeficacia se refiere a las creencias de la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones para obtener ciertos logros. Así las creencias de eficacia influyen en: 1) el curso de la acción (son las conductas hechas intencionalmente con una coherencia con los pensamientos), 2) el esfuerzo, 3) la perseverancia frente a los obstáculos y fracasos, 4) flexibilidad ante la adversidad, 5) patrones de pensamientos para auto-ayudarse o auto-limitarse, 6) el estrés y la depresión que producen las situaciones, 7) el nivel de logros alcanzados, 8) reacciones afectivas.

Considerando que la autoestima es un factor protector ante ciertos problemas en las diferentes etapas de la vida, en la adolescencia -período de crisis-, en la cual los individuos deben empezar a definir su propia identidad, por

lo que, con frecuencia, son susceptibles a la influencia familiar y social para tomar sus decisiones. Con un enfoque cognitivo-conductual, se pueden prevenir conductas de riesgo; es decir, antes de que se presenten embarazos no deseados, drogadicción, etc., se puede intervenir en esta etapa de la vida para evitar estos riesgos.

Objetivos: Que los adolescentes logran identificar las fuentes de la autoestima, así como las diferentes situaciones (personales, familiares, de la imagen corporal y sociales) que modifican sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Los adolescentes identificaron que cada individuo reacciona de manera diferente ante el mismo suceso. Así como, se dieron cuenta de que los sentimientos pueden cambiar ante un acontecimiento en su vida.

En el Hospital General de Atizapán una de sus acciones es dar *atención integral a la salud de los adolescentes*, es por ello la necesidad de hacer prevención primaria. Para este taller se invitó a participar a los adolescentes que asisten a las pláticas de la Clínica del Adolescente y a los hijos del personal del hospital.

La información para diseñar las actividades del taller se modificó del Modelo de Educación Racional Emocional (Bernard y Joyce, 1984) y las técnicas cognitivo-conductuales planteadas por Jiménez (1998).

Se emplearon métodos expositivos, lluvia de ideas, dinámicas grupales (para romper el hielo, para identificar las situaciones que aumentan o disminuyen la autoestima). Este taller se impartió en una sesión de 4 horas, y se organizó de la siguiente manera:

1. Ruptura del hielo: Dinámica de presentación (diadas).

2. Aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas sobre conocimientos de Autoestima
3. Lluvia de ideas
4. Exposición
5. Dinámica grupal para que los adolescentes identifiquen, por equipos, las situaciones, pensamientos, emociones y conductas que realizan partir de una situación de la vida cotidiana, que haya sido muy estresante o que haya provocado felicidad
6. Juego de roles de algunas de las situaciones
7. Evaluación de los conocimientos adquirido en el taller, por medio del post-test
8. Comentarios y Conclusiones
9. Cierre

Evaluación de la Intervención: Se realizó una evaluación con las mismas preguntas planteadas al inicio del taller; además se evaluó el aprendizaje en palabras de los adolescentes, se les preguntaba acerca de la utilidad de los tópicos vistos durante la sesión, ellos respondieron por escrito y verbalmente la retroalimentación.

VI. ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

CONFERENCIAS

Como parte de la formación académica y profesional se asistió a las actividades que a continuación se enlistan:

- *Simposio: Dr. Jorge Velasco Alzaga. Salud Mental: Paciente Pediátrico y Familia.* Instituto Nacional de Pediatría. Duración 9 horas, del 9 al 10 de septiembre de 1999.
- *Curso: Lactancia Materna.* Hospital General de Atizapán. Duración 12 horas, 16 y 17 de marzo del 2000.
- *Jornada Sabatina: Calidad de Vida y Climaterio.* Instituto Nacional de Perinatología. Duración 6 horas, 25 de marzo del 2000.
- *Curso: Actualidades en Enfermedades Infectocontagiosas.* Hospital General de Atizapán. Duración 18 horas, del 26 al 28 de abril del 2000.
- *Conferencia Magistral "Apoyo y Evaluación de las Iniciativas para la Salud y el Desarrollo Comunitario".* Auditorio de la Facultad de Psicología de la UNAM. 7 de junio del 2000.
- *Curso: Medicina Interna.* Hospital General de Atizapán. 22 al 24 de noviembre del 2000.
- *Primer Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud.* Universidad Veracruzana y Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, del 23 al 26 de mayo del 2001.

PONENCIAS

Se participó como ponente en tres ocasiones:

- ◆ *"La Medicina Conductual, una Aportación Psicológica en el Área de la Salud"*. Sesión General, Hospital General de Atizapán. 11 de abril del 2000.

- ◆ *"Relación entre la Satisfacción de la Imagen Corporal y la Autoestima como Factores de Riesgo de los Trastornos de la Alimentación"*. Foro de Investigación en Psicología Aplicada. E.N.E.P. Iztacala, UNAM, del 10 al 12 de julio del 2000.

- ◆ *"Autoestima"*. Jurisdicción Sanitaria de Atizapán de Zaragoza. 24 de enero del 2002. Dirigida al personal de Enfermería de los Centros de Salud del Estado de México.

Competencias profesionales alcanzadas

La asistencia a estos eventos permitió actualizar los conocimientos profesionales sobre diversos trabajos de Programas de Intervención en enfermedades crónico-degenerativas (creencias, actitudes, expectativas, adherencia al tratamiento, manejo del estado emocional en cáncer, diabetes, asma, hipertensión, etc.) y otros problemas psicosociales como embarazo en adolescentes, problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, entre otros. Asimismo, la participación en las sesiones y en el foro de investigación permitió divulgar el trabajo que se realiza en la Residencia de Medicina Conductual.

VII. EVALUACIÓN

Evaluación de las Actividades Profesionales

En cada uno de los hospitales y servicios se intervino profesionalmente con fundamentos teórico metodológicos que propone el enfoque cognitivo-conductual. Tratando en todo momento de seguir un lineamiento ético profesional con los pacientes, con la familia y con el personal de salud. Como se ha mencionado anteriormente la eficacia de las intervenciones fue evaluada principalmente por los cambios conductuales inmediatos que se observaron en los pacientes como: remisión de síntomas, normalización de reacciones emocionales, control del dolor, que pudiera dormir, comer, etc.; así como de los cambios a largo plazo como adherencia al tratamiento, reducción estrés debido a los cambios en el estilo de vida, etc.

En general, se puede señalar que los objetivos específicos que se cumplieron del programa operativo fueron:

- Desarrollo de habilidades para la entrevista clínica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y preparación psicológica ante procedimientos quirúrgicos
- Desarrollo de habilidades para la evaluación conductual y diagnóstico.
- Practica de intervenciones que favorecieron la adherencia terapéutica médica.
- Practica en el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencia, afrontamiento y autocontrol, con el objetivo de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y de consulta externa.

- Resolución de problemas psicológicos de los pacientes generados por problemas orgánicos
- Proposición de alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas
- Orientación y entrenamiento a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento para mejorar y mantener la calidad de vida, tanto del paciente como de los miembros de la familia
- Evaluación y diagnóstico de problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud
- Adaptación de instrumentos de medición
- Diseño, adaptación y desarrollo programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud
- Trabajo con un equipo multidisciplinario
- Evaluación de estrategias de intervención desarrolladas:
 1. Consulta Psicológica de Orientación y Canalización de casos
 2. Interconsulta: Se intervino con los pacientes que, a petición del personal médico, requieran de atención psicológica debido a su enfermedad
 3. Revisión de expedientes e intervención psicológica con los pacientes hospitalizados
 4. Desarrollo de estrategias de intervención con los pacientes y su familia

Evaluación e intervención

En Consulta Externa se aplicó:

- * Entrevista de Exploración
- * Historia clínica
- * Inventarios de: ansiedad, depresión, estrés, miedos y temores (cuando el tiempo y las condiciones físicas y emocionales lo permitieron)

* En la nota psicológica se hacía una descripción general del motivo de la intervención, la queja principal en palabras del paciente y plan de tratamiento que se aplicará.

En Hospitalización se aplicó:

* Entrevista de Exploración

* Inventarios de: ansiedad, depresión, estrés, miedos y temores (cuando el tiempo y las condiciones físicas y emocionales lo permiten)

* En la nota psicológica se hacía una descripción general del motivo de la intervención, la queja principal en palabras del paciente y plan de tratamiento a aplicar.

La teoría Cognitivo-Conductual ofrece diversas técnicas y estrategias que se pueden adaptar a las necesidades de la intervención dentro de los hospitales, ya que ésta generalmente tiene que ser breve para generar cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos lo mas pronto posible en los pacientes con alguna enfermedad crónica y otros problemas de salud en todos los niveles (prevención, tratamiento, rehabilitación y promoción de la salud). A diferencia de otros enfoques psicológicos (por ejemplo el psicoanálisis) en la terapia cognitivo-conductual se analizan antecedentes y las consecuencias observables de la conducta de la persona, y de ésta manera se diseñan los pasos para la intervención para lograr un mejor costo-beneficio con el tratamiento médico.

Evaluación del Sistema de Supervisión

De acuerdo con el programa operativo la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y los alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias entre éstos últimos. A continuación se evalúa el sistema de supervisión en ambos hospitales.

Supervisión in situ

En el HGA, la función principal de la supervisión fue apoyar al residente en cuestiones administrativas y de organización dentro del hospital, en cuanto a la asignación de las actividades en los servicios medicina interna, cirugía, consulta externa y la clínica del adolescente. No había un día específico para análisis de casos o de las actividades que se realizaban; en un principio se propuso que asistiera conjuntamente a la supervisión académica semanal, lo cual en pocas ocasiones se llevó cabo.

En el HJM la supervisión se realizaba una vez a la semana con un hora de duración (aunque cuando se presentaba alguna dificultad extratemporal, la supervisora, se interesaba por resolver la duda, problema, etc.) en la cual se revisaban las actividades y organización de los residentes en cada servicio de la Especialidad de Oncología y Transplante Renal. En la sesión de supervisión se mostraba apoyo ante los casos difíciles y en la forma de intervención; asimismo se revisaron lecturas acerca de las técnicas cognitivo-conductuales, específicamente de la Terapia Racional Emotiva. También se discutía la forma de presentación de casos en la sesión general de Psicología que se llevaba a cabo los días miércoles.

Supervisión académica

La supervisión académica en el HGA se efectuaba una vez por semana con una duración de dos horas, en donde se revisaba bibliografía de los principales padecimientos que se atendían en los diferentes servicios en el hospital; se discutían casos clínicos relevantes o difíciles que se hubieran atendido en el transcurso de la semana. La supervisora mostró apoyo para el desarrollo de habilidades y competencias profesionales dentro de la institución.

En cuanto a la supervisión en el HJM se dió de manera muy esporádica, una vez a la semana.

VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El proceso de salud-enfermedad implica una interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Es por ello, que el conocimiento e investigación debe enfocarse al estudio del impacto psicológico y social de la enfermedad crónica; pues la vivencia de la enfermedad genera estrés en el individuo, en la familia, con el grupo de amistades y a nivel laboral. Es decir, que una parte esencial que se tiene que explorar en el enfermo son las creencias, actitudes, expectativas acerca de la enfermedad, además del estilo de afrontamiento, primero a nivel personal con respecto a la misma y el apoyo social que recibe de su familia y amigos; identificando a la adaptación - quizás por fases- a la situación de enfermedad y a la calidad de vida que desarrolle a partir de los tratamientos y procedimientos médicos.

El estado emocional influye directamente para que se realicen conductas de salud, ya que las actitudes frente a la enfermedad facilitarán o limitarán al individuo para reducir riesgos cambiando su estilo de vida o para adherirse a un tratamiento médico. Es por ello que en la Psicología se ha tratado de generar intervenciones en el área de la salud, en donde se puede apoyar de una forma interdisciplinaria en la prevención, tratamiento o rehabilitación de enfermedades físicas. Así, la Medicina Conductual que abarca varias disciplinas para conformar un marco teórico-práctico, entrelazado con las aportaciones psicológicas en salud; el psicólogo a nivel hospitalario, interviene educando para fortalecer estrategias cognoscitivas, emocionales y conductuales para modificar hábitos, favorecer adherencia al tratamiento, manejo del estrés, enseñar a los pacientes a cómo vivir con una enfermedad crónica-degenerativa, etc.

Cabe señalar que los tratamientos médicos, por si mismos, para algunos padecimientos no resultan eficaces, debido a ciertas conductas y creencias que

tiene la gente acerca de la enfermedad, del tratamiento, de los cambios que tendrá que realizar a su vida, etc.; lo cual obstaculiza la adherencia y por lo tanto, al rápido alivio del paciente. A través del tiempo se puede observar que la relación paciente-profesional de la salud se ha ido configurado de diferentes maneras, dependiendo en cada momento, en diferentes circunstancias, tanto ideológicas como socioeconómicas. Si tradicionalmente se ha venido confiando al médico el restablecimiento de la salud de la persona enferma, los avances en el campo de la medicina han dado lugar a una gran diversificación técnica, que ha traído como consecuencia la multiplicidad de funciones y cometidos, de tal forma que ya no es el médico el único responsable del cuidado y curación de los enfermos. Así, parece más adecuado hablar de relación entre el profesional de salud y paciente, porque, aunque el médico siga siendo el agente principal en el cuidado de la salud, cada vez más se recibe atención de otros profesionales de la salud, sobre todo del personal de enfermería, del psicólogo, trabajador social o técnicos sanitarios. Como puede observarse, el término de profesional de salud cubre una gama amplia de profesionales que trabajan junto con los médicos en el cuidado de la salud (Rodríguez, 1995).

Una de las actividades más importantes de los profesionales de la salud es la de orientar de manera realista a los pacientes crónicos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan surgir en el curso de la enfermedad y proporcionarles metas razonables a las que deben dirigirse para afrontar todos los cambios que se pueden generar en su estilo y calidad de vida. Cabe señalar que frecuentemente el personal de salud no brinda la atención personalizada para cada paciente, ya que, suelen atender a demasiadas personas en poco tiempo, y pierden de vista aspectos importantes que giran alrededor del ajuste a la enfermedad; o bien por características de personalidad, por el estrés y cansancio profesional, son factores que obstaculizan atender integralmente al enfermo y a su familia.

Es necesario situar al paciente en su ambiente psicosocial, por las limitaciones físicas, que implican el apoyo social para superar las limitaciones en ciertas tareas o actividades que la persona estaba acostumbrada a realizar en su vida cotidiana; ya que frecuentemente el mismo paciente genera una capa de autoprotección con lo cual no quiere interactuar con los demás por lo que busca aislarse de su entorno familiar y social. Aunque también hay pacientes que a partir de la enfermedad aprenden a visualizar desde otra perspectiva su vida, acercarse a su familia y amigos, se descubren nuevas fortalezas en sí mismos y/o en su religión. Es por ello, que la intervención del residente en medicina conductual debe focalizarse en apoyar al paciente para desarrollar sus estrategias cognoscitivas de enfrentamiento y para que tenga una mejor calidad de vida independientemente de la etapa de la enfermedad.

En cada uno de los servicios dentro de los hospitales, General de Atizapán y Juárez de México, se cubrieron demandas específicas de cada institución, aplicando los conocimientos teórico-prácticos para el diseño de intervención en crisis y el entrenamiento de técnicas cognitivo-conductuales para tratar trastornos de adaptación, estrés, ansiedad, etc.; además se aplicaron instrumentos para el diagnóstico; desarrollaron habilidades y competencias terapéuticas de intervención en Consejo Psicológico y Canalización de pacientes; así como, entrenamiento en la entrevista de exploración y elaboración de la nota psicológica.

El Programa de la Residencia en Medicina Conductual se está adaptado a las necesidades, de los hospitales de segundo y tercer nivel, que se encuentran enfocadas a llevar a cabo intervenciones con pacientes hospitalizados con alguna enfermedad crónica-degenerativa con el objetivo de normalizar su estado de ánimo en cuanto a la aceptación del padecimiento, entrenándolos con estrategias de enfrentamiento para fomentar la adherencia terapéutica a los procedimientos médicos, cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio, relaciones interpersonales y de apoyo); y en general, a mantener una buena calidad de vida. Pero además, de

acuerdo con las necesidades de las instituciones, el residente tuvo que desarrollar otras actividades que no se contemplaron en el Programa Operativo, dando a conocer las técnicas y estrategias -cognitivo-conductuales- que se pueden implementar en problemas de salud.

Dentro de las actividades de apoyo en el HGA se impartieron pláticas y talleres en la Clínica del Adolescente sobre: *dinámica familiar, sexualidad, drogadicción y autoestima*. Asimismo se intervino con los adolescentes en hospitalización o en Consulta Externa.

Las sesiones académicas para los médicos internos y residentes del servicio de medicina interna, estuvieron encaminadas a una integración de los aspectos profesionales con los personales para incrementar un autoconocimiento y un buen manejo del estado emocional como profesionales de la salud; es decir, que los médicos identifiquen aquellas conductas que en un momento dado pueden estar afectando su salud física y/o emocional.

Otras actividades que se realizaron fue la asistencia a la supervisión *in situ*, en la cual se tiene revisar bibliográfica y de casos (una vez por semana); asimismo se asistió (una vez por semana) a las sesiones generales del Servicio de Psicología del Hospital Juárez, en donde se presentan casos relevantes o que resultan complicados para la intervención. Considero que dichas actividades fueron de gran apoyo, ya que hay retroalimentación sobre la forma en que se interviene con los pacientes con cáncer o con algún otro padecimiento. Cabe mencionar que durante los primeros 2 meses también se asistió a clases con los residentes médicos de Oncología, con el objetivo de conocer un poco más sobre el proceso de la enfermedad y sus tratamientos.

El entrenamiento de las competencias profesionales fue constante, se practicaron y aplicaron las habilidades propias del programa, asimismo se trató de

dar a conocer el trabajo de la Residencia en Medicina Conductual al personal de salud, aunque en algunas ocasiones no querían reconocer nuestra participación en el tratamiento de los pacientes.

Además se desarrollo una actitud de servicio y de ética profesional, en las intervenciones con los pacientes, desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en el manejo de enfermedades crónico-degenerativas. Detectando las necesidades de la población con la cual se trabajaba, se pudieron establecer objetivos en cada una de ellas; aplicando así, las estrategias para favorecer la adherencia terapéutica, manejo de los estados emocionales (estrés, ansiedad, depresión), mejorando de la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Es importante señalar que el atender a pacientes con enfermedades crónicas implica que el psicólogo trabaje con el equipo multidisciplinario como son: el médico, enfermera y trabajadora social, para que de esta manera se complemente toda aquella información que pueda ser utilizada a favor del tratamiento del enfermo y su familia.

Sugerencias

Se sugiere que a las generaciones siguientes se les diera un mayor entrenamiento de las técnicas y estrategias de intervención con los diferentes tipos de pacientes crónicos que en algún momento dado se les dará atención. En esta experiencia se aprendió en el transcurso de las rotaciones. Asimismo se debería dar la opción, al inicio de la Residencia, el proponer con qué tipo de pacientes quisiera intervenir y de esta manera se desarrollaran protocolos de investigación que se puedan llevar a cabo en cada rotación.

También se sugiere dar importancia a los programas preventivos, ya que si identificamos que las enfermedades crónico-degenerativas de nuestro tiempo se deben al estilo de vida, el generar este tipo de programas reduciría el costo y aumentaría el beneficio si lo comparamos con el costo personal, económico, familiar, social y laboral que implica tratar una enfermedad crónica. Por ejemplo, las Secretarías de Salud y Desarrollo Social reportan que la obesidad ha incrementado en la población mexicana, principalmente en las mujeres (casi el 50%); sabemos que este trastorno de la alimentación, acarrea muchas de las enfermedades crónicas sobre las que hemos intervenido dentro del Programa de la Residencia. Es por ello que el promover conductas de salud en todas las etapas de la vida, podría evitar y/o retrasar que se presente determinados padecimientos. La salud-enfermedad no es un hecho aislado, sino que se encuentra entrelazado por diversos factores: políticos, económicos, culturales, biológicos, nutricionales, ambientales y comportamentales.

REFERENCIAS

Anguiano, S. y Reynoso, L. (2000). Evaluación de Respuestas Psicofisiológicas en Estudiantes sometidos a Estrés mediante un Video Juego. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 355-366.

Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. España. Martínez Roca.

Bernard, M.E. y Joyce, M.R. (1984). *Rational Emotive Therapy with children and adolescents*. New York: Jonh Wiley & Sons.

Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito. *Revista de Psicología de la Salud*. 4 (1) 41-57.

Blechman, E.A. Brownell, K.D. (1998). *Behavioral Medicine & Women*. USA: Library of Congress.

Buela-Casal, G. y Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Aplicada*. España: Siglo XXI.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.

Cardenal, V. (1999). *El Autoconocimiento y la Autoestima en el desarrollo de la Madurez Personal*. Málaga: Aljibe.

Cooper, C. (1986), *Estrés y Cáncer*, Madrid. Díaz Santos.

Davis W. B., Coon H., Whitehead P., Ryan K., Burkley M, McMahon W. (1995). Predicting diabetic control from competence, adherence, adjustment and psychopatology. *Acad Child Adolesce Psychiatry*. Dec, 34(12). 1629-1636.

De la Horne, D., Vatnamodis, P., Carerl, A. (1997). Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: Aspectos cognitivos y conductuales. En Rodríguez, O. G. *Entrenamiento en habilidades conductuales para profesionales de la salud*. Fac. de Psicología: UNAM México.

Del Pino, A. (1996). Evaluación del Patrón de Conducta Tipo A. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.

Dominguez, B. (1994). El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer: aportaciones de la Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*. 2 (11) 63-73.

Donker, F. (1991). En Buela-Casal, G. y Caballo, V. *Manual de Psicología Aplicada*. España: Siglo XXI.

Durán L., Bravo P., Hernández M. y Becerra J. (1999). *El diabético optimista*. México: Trillas.

Flores, J.A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona. Edika Med.

Firth, J. C. y Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals*. England: Jonh Wiley & Sons.

Fitzgerald, M. J. (2000) *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. Philadelphia: Davis Company.

Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. Nueva York: Knopf.

Gross A.M. (1982). Self Management Training and Medication Compliance in children with Diabetes. *Child and Family Behavior Therapy*. 4. 47-55.

Harrison, D. (1997). *Medicina Interna*. México: Interamericana.

Jiménez, M.E. (1998). Evaluación de un Programa Cognitivo-Conductual para mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Joya, L. y Ortega,R. (1994). *Validación de la Escala de Afrontamiento de Lazarus en una Población Mexicana*. Manuscrito en imprenta.

Kaloupek, D. G. (1987). Recommendations for Pshychological interventions with patients undergoing invasive medical procedures. *Behaviour Therapist*, 10 (2), 33-39.

Kavanagh D.J., Gooley S., Wilson P.H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Behavior Medic*. Oct, 16(5). 509-522.

La Greca A. y Hanna N. C. (1983). The Health Belief of Adolescents with Diabetes their Mothers: Implication for Treatment. *Diabetes*. 32. 66-73.

Laguna, L. (1995). Estudio Comparativo de la Actitud hacia la Maternidad en Adolescentes Embarazadas y Madres Adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Latorre, J.M. y Beneit, P. (1996). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.

Levenson, Frederick. (1984), *Causas y prevención del cáncer*. Buenos Aires: Javier Vergara.

- Littlefield C., Craven J., Rodin G. M., Daneman D., Murray M. A., Rydall A. C. (1992). Relationship of Self-efficacy and Binging to Adherence to Diabetes Regimen among Adolescents. *Diabetes Care*. Jan, 15(1). 90-94.
- López, B. y Reyes L.I. (1998). Estrategias de Afrontamiento, Desarrollo y Validación del inventario. *La Psicología Social en México*. 7, 91-96
- López, R.S., Pastor, M.A. y Rodríguez, M.J. (1993). Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas. En Simón, M.P. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Lowe K. y Lutzker J.R. (1979). Increasing Compliance to a Medical Regimen with Juvenile Diabetic. *Behavior Therapy*. 10. 57-64.
- Lloyd, C.E., Dyer, P.H. y Barnett, AH. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med*. Mar, 17(3). 198-202.
- Mc Caul K.D., Glasgow R.E. y Schafer L. C. (1987). *Diabetes Regimen Behaviors: Predicting Adherence*. Medical Care.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral Immunogens and pathogens in health and illness. In Hammonds, B.L., Scheirer (Eds). *The Master Lecture Series. Vol 3: Psychology and Health*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Mc Kinner, K (1993). *Psicología del desarrollo*. México: Grijalbo.
- Merk Manual de Información Médica para el Hogar (1997). España: Océano.
- Miller W. R. y Rollnick S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós.
- Moss, R.H. (1977). *Coping with pshysical illness*. New York: Plenum.
- Mowbray, C., Lanir, S. y Hulce, M. (1982). Stress, Salud Mental y Maternidad. *Boletín de Psicología de Nacimiento*. 3(2), 10-33.
- Muñoz, M., Fernández-Abascal, E. G. y Labrador, F.J. (1989) Patrón de Conducta Tipo A. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 7(1). 78-106.
- Nezu, A. M. (2001) Terapia de Solución de Problemas para Pacientes con Cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 18 (2), 185-192.
- Olaiz, G. (1994). *Cuadernos de Salud. Cáncer: Un encuentro con el futuro epidemiológico*. México: Secretaría de Salud.
- Palacios, V.J. (1997). El estrés en la salud y la enfermedad. En Rodríguez, G. y Rojas, M. *La Psicología de la Salud en América Latina*.
- Palmero, F., Diez, J.L. y Asensio, A.B. (2001). Type A Behavior Pattern Today: Relevance of the JAS-S Factor to Predict Heart Rate Reactivity. *Behavioral Medicine*, 27(1). 28-36.

Paz R. F. (1999). La Adherencia Terapéutica a Tratamientos Médicos mediante una Encuesta de Opinión. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Peyrot, M. y Rubin, R. (1997). Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology among Diabetic Adults. *Diabetes Care*. 20 (4), 585-590.

Pick, S., Díaz-Loving, R. y Andrade, P. (1988). Estudio Comparativo de Adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales. *Revista de Psicología Social*. Vol. 11. 312-321.

Polaino-Lorente A., Roales-Nieto J. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. España: Siglo Veintiuno.

Pope, A., McHale, S. M., Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem Enhancement with Children and Adolescents*. Londres: Psychology Practioner Guidebooks.

Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. (1998). Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva.

Reynoso, L. y Seligson, I. (1997) Patrón Conductual Tipo A en México: Aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Arch Inst Cardiología* , 67, 419-427.

Roales-Nieto J. (1990). ¿Cómo debe comportarse un diabético para aminorar los efectos de su enfermedad? En Polaino-Lorente y Roales-Nieto: *La diabetes*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodríguez, M.J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis.

Sarafino, E. (1994). *Health Psychology*. New York: Wiley & Son.

Schafer L.C., Glasgow R.E. y Mc Caul K.D. (1982). Increasing the Adherence of Diabetic Adolescents. *Journal of Behavior Medicine*. 5, 353-362.

Schwartz, G.E. y Weiss, S. M. (1978). *Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine*. Department of Health Education and Welfare. Washington, D.C.: U.S. Department Printing Office.

Sender, R. (1988). Consideraciones sobre los factores de riesgo psicosocial en la cardiopatía isquémica en base a una prevención secundaria, en: Valdés, M., Flores, T. y García, S. (eds). *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex.

Sender, R., Valdés, M y Riesco, N. (1993). *El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca.

Spague M.A., Shultz J.A., Branen L.J., Lambeth S., Hillers V. (1999). Diabetes educators perspectives on barriers for patients and educators in diabetes education. *Diabetes Education*. Nov-Dec, 25(6). 907-916.

SSA (1999). Estadísticas morbi-mortalidad. Página de internet: www.ssa.gob.mx

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*. 41, 1161-1173.

Telch, C. y Telch, M. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.

Thomas, E.M., y Weiss, S.M. (2000). Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. *Cancer Control*. 7(2): 157-164.

Vila, C.J. (2000). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Pirámide.

ANEXOS

APENDICE A

EXPEDIENTE: 447662

FECHA: 28-mayo-01

SESIÓN: Primera

ENTREVISTA DE EXPLORACIÓN

NOMBRE: RSH
EDAD: 56 años
SEXO: Femenino
EDO. CIVIL: Viuda
ESCOLARIDAD: Primaria
Ocupación: Comerciante
Religión: Católica
Dx: Médico: Cáncer Duodenal

MOTIVO DE CONSULTA: La paciente se siente muy angustiada (llanto fácil, falta de aliento, miedo a morir, no poder realizar sus actividades ella sola) al recibir la noticia de que se tiene otro tumor canceroso en el abdomen, "ya anteriormente ya me habían detectado otro, me quitaron la matriz y ahora me tendrán que realizar otra operación".

HISTORIA DEL PROBLEMA

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA:

Hace 3 años le diagnosticó a la paciente un cáncer en la matriz "sentí como una cubetada de agua fría, pensé que mi vida se terminaría pronto, pues el doctor me dijo que tenía un tumor canceroso sentí tristeza, miedo y me resistí a creerlo, le pedí a mis hijos a que me llevarán con otros doctores, pero todos me dijeron lo mismo, que no había otro tratamiento solamente la cirugía, que me tendrían que quitar la matriz".

¿DE QUÉ MANERA A AFECTADO ESTE PROBLEMA SU VIDA (ÁREAS)?

En su vida personal, familiar y laboral, pues su estado de ánimo cambio, estaba más deprimida e irritable.

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA?

La paciente se le diagnóstica otro tumor canceroso en el Duodeno, por lo que presenta síntomas ansioso-depresivos (sudoración, hormigueo, palpitaciones, pensamientos catastróficos, tristeza, llanto fácil, miedo a morir), no sabe si realmente es la mejor opción la cirugía o sería conveniente buscar más opiniones para su curación.

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA:

La paciente no sabe como tomar la mejor decisión ante el tratamiento médico, aunque ella se encuentra en la disposición que si es necesario para controlar la enfermedad entonces seguirá el tratamiento que se le está proponiendo, ya que ella quiere estar bien aun cuando tenga que cambiar su estilo de vida, por los cuidados post operatorios que se requieren.

ESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO TERAPEUTICO

Objetivos de la intervención:

1. Reducir los síntomas ansioso-depresivos pre y post-operatorios
2. Ayudar a la paciente a que esté convencida de la mejor decisión acerca del tratamiento médico
3. Facilitar el proceso de adaptación en el cambio de estilo de vida
4. Motivar a la paciente en la fase de rehabilitación

Técnicas a utilizar: Terapia de Apoyo, Balance Decisional y Reestructuración Cognoscitiva

CIERRE: Se le propone a la paciente que colabore en el entrenamiento de las técnicas antes mencionadas, para que disminuya progresivamente su malestar emocional con respecto a la enfermedad y tratamiento médico.

NOTA PSICOLÓGICA (Impresión diagnóstica)

02-06-00

Paciente femenina, 56 años, viuda, 5 hijos, primaria, católica, ocupación comerciante, originario y residente del Estado de Hidalgo. Diagnóstico médico: Cáncer Duodenal. La paciente se siente muy angustiada (llanto fácil, falta de aliento, miedo a morir, no poder realizar sus actividades sola) al recibir la noticia de que se le tendrá que operar para quitar el tumor canceroso en el abdomen y que posteriormente podrían darle quimioterapia. Ella se muestra cooperadora, ya que menciona que si esa es la solución que se realice el procedimiento. Tratamiento: Terapia de Apoyo, Balance Decisional y Reestructuración Cognoscitiva

Nota de evolución

05-junio-01

Expediente: 497661

Tercera sesión



Descripción del problema: La paciente se encuentra ansiosa y preocupada (tiene dificultad para respirar) ya que el día de mañana la pasarán a quirófano "solamente Dios sabe como me va ir en la operación, yo espero que todo salga bien, para que el tumor no siga avanzando".

Objetivo de la intervención: Reducir la ansiedad pre y post operatoria

Técnicas de Intervención: Imaginería y Reestructuración Cognoscitiva

Resultados: La paciente manifestó que se redujo un poco la sensación de ansiedad, dejó de estar pensando en todo momento acerca de la operación, se concentró en imágenes agradables, aunque de repente si pensaba en lo podría suceder.

Recomendaciones: Se le sugiere a la paciente que practique los ejercicios de imaginería durante ese día y en el transcurso del siguiente mientras espera la lleven al quirófano.

07-junio-01

Nota de evolución

La paciente se muestra deprimida (pensamientos negativos, llanto, insomnio) pues tiene una sonda para alimentación parenteral y presenta una infección en la herida quirúrgica y se le deja abierta para control de la misma, lo cual hace que crea que no saldrá pronto del hospital.

Objetivo de intervención: Reducir pensamientos negativos y la reacción de estrés generada por la hospitalización.

Técnicas: Imaginería, Reestructuración Cognoscitiva.

21-junio-01

Nota de evolución

La paciente refiere que se siente mejor, pues ya casi cumple un mes de estar hospitalizada, la infección se ha controlado y el médico le dice que le retiraran la sonda para que empiece a tolerar la vía oral, se muestra más optimista con respecto a su recuperación y está planeando lo que hará una vez que salga.

Objetivo de intervención: Mantener pensamientos positivos y reducir estrés ante los procedimientos médicos y a la hospitalización.

Técnicas: Reforzamiento Positivo.

APENDICE B

EXPEDIENTE: 131350
FECHA: 29-octubre-01
SESIÓN: Primera

ENTREVISTA DE EXPLORACIÓN

NOMBRE: FLT
EDAD: 63 años
SEXO: Masculino
EDO. CIVIL: Casado
ESCOLARIDAD: Primaria
Ocupación: Comerciante
Religión: Católica
Dx: Médico: DM II + Pié diabético/ Amputación supracondilea

MOTIVO DE CONSULTA: *El paciente se siente muy angustiado (falta de aliento, miedo a no poder caminar, no poder realizar sus actividades el solo) al recibir la noticia de que se le tendrá que amputar el pié derecho ya que tiene una úlcera debido y puede avanzar muy rápidamente como gangrena si no se le realiza la cirugía.*

HISTORIA DEL PROBLEMA

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA:

Hace 6 meses se le diagnosticó al paciente una úlcera en el pié derecho, él no se atendió, además de que comenta que no llevaba control de su enfermedad; pensó que las ampollas que tenía en ambos pies se le irían quitando. Hace una semana acudió al hospital y el médico le dijo que le tenían que amputar el pié derecho y que el izquierdo harían curaciones para observar si se le podía salvar: "sentí como una cubetada de agua fría, pensé que mi vida se terminaría pronto, pues el doctor me dijo que tenía cáncer y además me quitaría el pié, sentí tristeza, miedo y me resistí a creerlo, le pedí a mis hijos a que me llevarán con otros doctores, pero todos me dijeron lo mismo, que no había otro tratamiento solamente la cirugía".

98

¿DE QUÉ MANERA A AFECTADO ESTE PROBLEMA SU VIDA (ÁREAS)?

En su vida personal, familiar y laboral. "En lo personal porque no podré realizar mis actividades por mi mismo en lo que aprendo a caminar con muletas"

"Con mi familia las cosas cambiarán, porque mis hijos estarán más pendiente de mí, ya que mi esposa tiene Alzheimer". "Ya no podré trabajar como lo hacía anteriormente como carnicero".

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA?

La paciente presenta síntomas ansioso-depresivos (sudoración, hormigueo, palpitaciones, pensamientos catastróficos, tristeza, llanto fácil, miedo a morir), no sabe si realmente es la mejor opción la amputación o sería conveniente buscar más opiniones para su curación.

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA:

El paciente no sabe como tomar la mejor decisión ante el tratamiento médico, aún cuando ya se le explicaron las consecuencias no realizársela, la gangrena avanzaría más arriba y entonces tendrían que quitarle también la pierna. Sus síntomas ansioso-depresivos se enfocan a la toma de decisiones, así como adaptación al cambio en el estilo de vida.

Se puede observar que es un paciente cooperador y que su estrategia de afrontamiento es positiva.

ESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO TERAPEUTICO

Objetivos de la intervención:

1. Reducir los síntomas ansioso-depresivos pre y post-operatorios
2. Ayudar al paciente a que esté convencido de la mejor decisión acerca del tratamiento médico
3. Facilitar el proceso de adaptación en el cambio de estilo de vida
4. Motivar al paciente en la fase de rehabilitación

Técnicas a utilizar: Terapia de Apoyo, Balance Decisional y Reestructuración Cognoscitiva

CIERRE: Se le propone a la paciente que colabore en el entrenamiento de las técnicas antes mencionadas, para disminuya progresivamente su malestar emocional con respecto a la enfermedad y tratamiento médico.

NOTA PSICOLÓGICA (Impresión diagnóstica)

29-10-01

Paciente masculino, 63 años, casado, 7 hijos, primaria, católico, ocupación comerciante, originario y residente del Estado de México. Diagnóstico médico: DMII + Pié diabético/Amputación supracondílea. El paciente se siente muy angustiado (falta de aliento, miedo a no poder caminar, no poder realizar sus actividades el solo) al recibir la noticia de que se le tendrá que amputar el pié derecho ya que tiene una úlcera, la cual puede avanzar muy rápidamente si no se le realiza la cirugía. Tratamiento: Terapia de Apoyo, Balance Decisional y Reestructuración Cognoscitiva

NOTA DE EVOLUCIÓN

05-11-01

Expediente: 131350

Tercera sesión

Descripción del problema: El paciente se encuentra ansioso y preocupado ya que el día de mañana lo pasarán a quirófano para la amputación; "solamente Dios sabe como me va ir en la operación, yo espero que todo salga bien, para que la enfermedad no siga avanzando.

Objetivo de la intervención: Reducir la ansiedad pre y post operatoria

Técnicas de Intervención: Imaginería y Reestructuración Cognoscitiva

Resultados: El paciente manifestó que se redujo un poco la sensación de ansiedad, dejó de estar pensando en todo momento acerca de la operación, se concentró en imágenes agradables, aunque de repente si pensaba en lo que sería su vida sin su pié, lo que lo hacía sentirse triste.

Recomendaciones: Se le sugiere a la paciente que practique los ejercicios de imaginería durante ese día y en el transcurso del siguiente mientras espera lo lleven al quirófano.

NOTA DE EVOLUCIÓN

06-11-01

Expediente: 131350

Cuarta sesión

Descripción del problema: El paciente se encuentra preocupado y con dolor en la herida quirúrgica; asimismo tiene la sensación de tener su pié completo.

Objetivo de la intervención: Reducir la ansiedad y sensación de dolor post operatorio.

Técnicas de Intervención: Terapia Psicoeducativa sobre miembro fantasma e Imaginería.

Resultados: El paciente manifestó que se redujo un poco la sensación de ansiedad y el dolor disminuyó con los medicamentos y con los ejercicios de imaginería que practicó durante el día.

Recomendaciones: Se le sugiere a la paciente que practique los ejercicios de imaginería durante ese día y en el transcurso del siguiente. Además de que acepte como normales las sensaciones del miembro fantasma, las cuales disminuirán conforme pase el tiempo.

NOTA DE EVOLUCIÓN

09-11-01

Expediente: 131350

Séptima sesión

Descripción del problema: El paciente refiere que se siente mejor que la herida ya está cerrando, pero el médico le informó que la úlcera del otro pié no ha mejorado y que probablemente también se la tengan que amputar para la próxima semana. Esto hace que se sienta deprimido, él ya sabía sobre la probabilidad de esta situación.

Objetivo de la intervención: Reducir la ansiedad pre y post operatoria, manejo de la pérdida de sus piés.

Técnicas de Intervención: Terapia de Apoyo y Reestructuración Cognoscitiva

Resultados: El paciente refirió que trataría de ajustarse a esta situación, pues ya anteriormente el médico ya se lo había comentado a él y a sus hijos: "ahora se

que va a ser un reto salir adelante pero lo voy a intentar, ya no queda lamentarme porque sé que si me hubiera atendido a tiempo no estaría pasando por esto".

Recomendaciones: Se le motiva al paciente para mantenga una actitud positiva y pueda integrar los cambios en su estilo de vida. Además se orienta a sus hijos en cuanto el apoyo emocional que le deben brindar al paciente para que se adapte a esos cambios y haya adherencia al tratamiento para la fase de rehabilitación.

NOTA DE EVOLUCIÓN

13-11-01

Expediente: 131350

Novena sesión

Descripción del problema: El paciente refiere sentirse más tranquilo, aunque por algunos momentos se pone triste, sabe que cuenta con el apoyo de sus hijos y que poco a poco saldrá adelante.

Objetivo de la intervención: Que el paciente se adhiera al tratamiento médico y a la terapia de rehabilitación, manejo del duelo

Técnicas de Intervención: Terapia de Apoyo y Reestructuración Cognoscitiva

Resultados: El paciente mostró una actitud más cooperadora, se encuentra en la etapa de ajuste ante la pérdida de sus pies, por lo que se considera normal que tenga ciertos momentos de tristeza.

Recomendaciones: Se le motiva al paciente para mantenga una actitud positiva y pueda integrar los cambios en su estilo de vida. Además se orienta a sus hijos en cuanto el apoyo emocional que le deben brindar al paciente para que se adapte a esos cambios y haya adherencia al tratamiento para la fase de rehabilitación.

INVENTARIO DE BECK (BAI)

ANEXO 1

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

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE.
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO).	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9. TERROR.	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO.	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTION, O MALESTAR ESTOMACAL.	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO.	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR).	_____	_____	_____	_____

**TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN**

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Sexo _____ Edad _____ Grado escolar _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer qué es lo que hacen las personas como tú, cuando tienen un problema; para esto, te pedimos que recuerdes algún problema que hayas tenido recientemente, y contestes los reactivos siguientes escogiendo una de las cuatro opciones de respuesta; la que más se acerque a tu caso.

Recuerda que sólo puedes elegir una de las cuatro opciones, rodando con un círculo o tachando el número de la opción que elegiste y de acuerdo al número del reactivo.

No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
-----------------------	------------------	--------------------------	-------------------------

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Traté de analizar el problema para entenderlo mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Me propuse sacar algo positivo del problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema | | | | |

* Ways of Coping Checklist (Revised) Folkman y Lazarus, 1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESES CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

	No. de ninguna manera	En alguna medida	General- mente, usualmente	Siempre, en gran medida
9. Me critiqué o cuestioné a mí mismo	0	1	2	3
10. No agoté mis posibilidades de solución, sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11. Esperé que ocurriera un milagro	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
15. Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno	0	1	2	3
16. Dormí más de lo acostumbrado	0	1	2	3
17. Expresé mi enojo a la (s) persona (s) que creí responsable (s) del problema	0	1	2	3
18. Acepté la lastima y comprensión d ellos demás	0	1	2	3
19. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor	0	1	2	3
20. Me inspiré para hacer algo creativo	0	1	2	3
21. Traté de olvidarme por completo del problema	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23. Cambié y maduré como persona	0	1	2	3
24. Esperé a ver que pasaba antes de hacer algo	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar el problema	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan y lo seguí	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería	0	1	2	3
28. Hice mis sentimientos a un lado	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo mismo (a) causé el problema	0	1	2	3
30. Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo	0	1	2	3
31. Platicué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema	0	1	2	3
32. Me "escape" por un rato, trate de descansar o tomas vacaciones	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado	0	1	2	3
34. Hice algo muy arriesgado	0	1	2	3

	No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre en gran medida
35. Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara*	0	1	2	3
38. Pensé en las cosas buenas de la vida	0	1	2	3
39. Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad	0	1	2	3
40. Evite estar con la gente	0	1	2	3
41. No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho en él	0	1	2	3
42. Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto	0	1	2	3
43. Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas	0	1	2	3
44. Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tomé en cuenta	0	1	2	3
45. Le platicué a alguien cómo me sentía	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y luché por lo que quería	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás	0	1	2	3
48. Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta de que ya había vivido algo parecido	0	1	2	3
49. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que estaba pasando	0	1	2	3
51. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez	0	1	2	3
52. Pensé en algunas soluciones al problema	0	1	2	3
53. Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto	0	1	2	3
54. Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas	0	1	2	3
55. Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma cómo me sentía	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí mismo (a)	0	1	2	3
57. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores	0	1	2	3
58. Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara	0	1	2	3
59. Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1	2	3

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
-----------------------	------------------	--------------------------	-------------------------

60. Recé	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63. Pensé lo que haría en mi lugar la persona quien más admiro y lo tomé como modelo	0	1	2	3
64. Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona	0	1	2	3
65. Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores	0	1	2	3
66. Salí a correr o hice ejercicio	0	1	2	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE BECK BDI*

ANEXO 3

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____
 Escolaridad: _____
 Ocupación: _____
 Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 1 0. Yo no me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
 1. Me siento descorazonado por mi futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 3 0. Yo no me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

- 4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 5 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo

- 6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado

- 7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio

- 8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10 0. Yo no lloro más de lo usual
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enequina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

108

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si _____ No _____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés 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 interés por el sexo

AUTORREGISTRO DE ESTADOS EMOCIONALES

Nombre: _____ Edad: _____

FECHA HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS

AUTORREGISTRO DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

	HORA	DESCRIPCIÓN DE ALIMENTOS	CANTIDAD
DESAYUNO			
COMIDA			
CENA			
MEDICAMENTO			



INVENTARIO DE ASERTIVIDAD

Mucha gente siente dificultad al manejar situaciones que les piden que sean asertivos de algún modo, por ejemplo, rechazando una petición, haciéndole a alguien un cumplido, expresando aprobación o desaprobación, etc.

Por favor indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay antes de cada situación. utilice la siguiente escala para indicar el grado de incomodidad:

- 1= Ninguna
- 2= Un poco
- 3= Regular
- 4= Mucha
- 5= Demasiada.

Luego, lea la lista una segunda vez e indique después de cada situación-- la probabilidad de que ejecute la conducta si actualmente se ha presentado la situación.*

Por ejemplo, si raramente usted se excusa cuando se equivoca, debe marcar un 4 después de esa situación. utilice la siguiente escala para indicar - probabilidad de respuesta:

- 1 = Siempre lo hago
- 2 = Usualmente lo hago
- 3 = Lo hago la mitad de las veces
- 4 = De vez en cuando lo hago
- 5 = Nunca lo hago.

* Nota: Es importante que usted cubra sus calificaciones de incomodidad (localizadas enfrente de las situaciones) mientras indica la probabilidad de respuestás.

De otra manera una calificación puede contaminar (influnciar) a la otra y no se tendrá una evaluación realista de su conducta.

Para corregir esto coloque la placa de cartoncillo (que le dará - el terapeuta) sobre sus calificaciones de incomodidad mientras -- responde a las situaciones por segunda vez para calificar la probabilidad de respuesta.

Grado de Incomodidad	Situación	Probabilidad de respuesta
_____	1. Rechazar una petición para prestar tu carro.	_____
_____	2. Elogiar un amigo	_____
_____	3. Pedir un favor a alguien	_____
_____	4. Resistir la presión de un vendedor	_____
_____	5. Disculparse cuando esta en un error	_____
_____	6. Rechazar una invitación para reunión	_____
_____	7. Admitir tener miedo y pedir tolerancia.	_____
_____	8. Decir a una persona relacionada intimamente con ud. cuando dice algo que te molesta.	_____
_____	9. Preguntar al tener una duda	_____
_____	10. Admitir ignorancia en alguna área	_____
_____	11. Rechazar una petición para prestar dinero.	_____
_____	12. Preguntar cosas íntimas	_____
_____	13. Callar a un amigo hablantín	_____
_____	14. Pedir una crítica constructiva	_____
_____	15. Iniciar una conversación con un extraño.	_____
_____	16. Elogiar a una persona involucrada sentimentalmente con ud. o esté interesado (a) en ella.	_____
_____	17. Pedir una reunión o cita con una persona.	_____
_____	18. Si su petición inicial para una reunión es rechazada, pedirla otra vez posteriormente.	_____
_____	19. Admitir confusión acerca de un punto que se discute y pidiendo se le aclare.	_____

- _____ 20. Solicitar un trabajo _____
- _____ 21. Preguntar si ha ofendido a _____
alguien. _____
- _____ 22. Decir a alguien lo que usted _____
desea de ellos. _____
- _____ 23. Pedir el servicio esperado cuando _____
este llega: En un Restaurant. _____
- _____ 24. Discute abiertamente con las per- _____
sonas sus críticas de su conducta _____
- _____ 25. Rechazar cosas defectuosas. _____
Ejem: En tienda o restaurant. _____
- _____ 26. Expresar una opinión que difiere _____
de la que tienen las gentes _____
con las que habla. _____
- _____ 27. Resistir insinuaciones sexuales _____
cuando no está interesado (a) _____
- _____ 28. Decir a una persona cuando ha _____
hecho algo injusto contigo. _____
- _____ 29. Aceptar una cita. _____
- _____ 30. Decir a alguien buenas nuevas _____
de usted. _____
- _____ 31. Resistir la presión para tomar _____
- _____ 32. Resistir una petición injusta _____
de alguien a quien estima usted _____
- _____ 33. Dejar un trabajo _____
- _____ 34. Resistir presión para retractarse _____
(cambiar de la posición antes _____
tomada a otra) _____
- _____ 35. Discutir de una manera franca _____
con personas sus críticas de su _____
trabajo. _____
- _____ 36. Pedir que te regresen cosas _____
- _____ 37 Aceptar cumplidos _____
- _____ 38. Continuas conversando con alguien _____
con quien estas en desacuerdo _____
- _____ 39. Decir a un amigo o alguien con _____
quien ud. trabaja cuando él dice _____
o hace algo que le molesta. _____
- _____ 40. Pedir a una persona que le moles- _____
ta en una situación pública que _____
deje de hacerlo. _____

Por último, por favor, indique las situaciones que le gustaría manejar más asertivamente poniendo un círculo alrededor del número de la situación.

118

EDAD: _____ EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____
 Embarazo deseado: SI () NO () SDG o SN: _____
 Pareja Actual: SI () NO ()

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que describen cosas que la gente hace cuando tiene problemas **en diferentes situaciones**; cómo se te presentarán **en la parte superior de cada hoja**. Como puedes ver hay siete cuadros después de la frase en los que deberás marcar con una X el cuadro que represente mejor la frecuencia con la que tú haces o hiciste esas cosas. Ten en cuenta que **entre más grande y más cercano esté el cuadro significa que llevas o llevaste a cabo esa conducta con mayor frecuencia y entre más alejado eso indicará que nunca haces o hiciste eso**. Encuentra el punto que mejor te represente utilizando los diferentes cuadros.

Ejemplo:

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD YO...

SIEMPRE

NUNCA

Me asusto	<input type="checkbox"/>
-----------	--

Contesta tan rápido como te sea posible, no hay respuestas buenas o malas. Contesta en todos los renglones, dando una sola respuesta en cada uno de ellos.

Tus respuestas son totalmente confidenciales, recuerda que debes responder **"COMO ERES SIEMPRE, NO COMO TE GUSTARÍA SER"**.

¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

CUANDO TENGO PROBLEMAS EN MI VIDA YO...

	Siempre				Nunca			
1. Trato de encontrarles lo positivo.	<input type="checkbox"/>							
2. Me siento triste.	<input type="checkbox"/>							
3. Le pido a alguien que me ayude a solucionarlos.	<input type="checkbox"/>							
4. Pienso en otra cosa.	<input type="checkbox"/>							
5. Los acepto, porque me ayudan a crecer.	<input type="checkbox"/>							
6. Me preocupo.	<input type="checkbox"/>							
7. Me mantengo ocupado para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>							
8. Le platico a alguien lo que pienso hacer.	<input type="checkbox"/>							
9. Me molesto.	<input type="checkbox"/>							
10. Les busco una solución.	<input type="checkbox"/>							
11. Me encierro en mí.	<input type="checkbox"/>							
12. Busco a alguien para aclararlos.	<input type="checkbox"/>							
13. No les doy importancia.	<input type="checkbox"/>							
14. Considero un reto solucionarlos.	<input type="checkbox"/>							
15. Me desespero.	<input type="checkbox"/>							
16. Procuro aprender de ellos.	<input type="checkbox"/>							
17. Procuro superarlos.	<input type="checkbox"/>							
18. Los enfrento.	<input type="checkbox"/>							

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MI SALUD YO...

	Siempre				Nunca			
1. Tomo medicinas.	<input type="checkbox"/>							
2. Me siento molesta.	<input type="checkbox"/>							
3. Me alimento bien.	<input type="checkbox"/>							
4. Consulto al doctor.	<input type="checkbox"/>							
5. Me mantengo ocupada para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>							
6. Me cuido, siguiendo mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>							
7. Trato de dormir, para no pensar en eso.	<input type="checkbox"/>							
8. Pienso que saldré fortalecida.	<input type="checkbox"/>							
9. Me siento desesperada.	<input type="checkbox"/>							
10. Veo lo positivo.	<input type="checkbox"/>							
11. Rezo para encontrarle sentido.	<input type="checkbox"/>							
12. Busco a alguien que me ayude.	<input type="checkbox"/>							
13. Trato de aceptarlos porque han de ser buenos para mí.	<input type="checkbox"/>							
14. Siento malestar.	<input type="checkbox"/>							
15. No le doy importancia.	<input type="checkbox"/>							
16. Siento tristeza.	<input type="checkbox"/>							
17. No me preocupo.	<input type="checkbox"/>							
18. Trato de sanar.	<input type="checkbox"/>							

DESDE QUE SUPE QUE ESTABA EMBARAZADA YO...

	Siempre							Nunca
1. Trate de encontrarle lo positivo.	<input type="checkbox"/>							
2. Me sentí triste.	<input type="checkbox"/>							
3. Le pedí a alguien que me ayudara a solucionarlo.	<input type="checkbox"/>							
4. Trate de pensar en otra cosa.	<input type="checkbox"/>							
5. Lo acepte porque me ayudaría a crecer.	<input type="checkbox"/>							
6. Me preocupe.	<input type="checkbox"/>							
7. Me mantuve ocupada para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>							
8. Me moleste.	<input type="checkbox"/>							
9. Le busqué una solución.	<input type="checkbox"/>							
10. Me encerré en mí.	<input type="checkbox"/>							
11. Traté de confirmarlo.	<input type="checkbox"/>							
12. No le di importancia.	<input type="checkbox"/>							
13. Lo considere como un reto.	<input type="checkbox"/>							
14. Me desespere.	<input type="checkbox"/>							
15. Procure aprender de ello.	<input type="checkbox"/>							
16. Lo enfrenté.	<input type="checkbox"/>							
17. Consulté al doctor.	<input type="checkbox"/>							
18. Pense en perderlo.	<input type="checkbox"/>							

CUANDO TUVE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS A MI EMBARAZO YO...

	Siempre					Nunca	
1. Tome medicinas.	<input type="checkbox"/>						
2. Me sentí molesta.	<input type="checkbox"/>						
3. Me alimente bien.	<input type="checkbox"/>						
4. Consulté al doctor.	<input type="checkbox"/>						
5. Me mantuve ocupada para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>						
6. Me cuidé siguiendo un tratamiento	<input type="checkbox"/>						
7. Traté de dormir para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>						
8. Me sentí desesperada.	<input type="checkbox"/>						
9. Vi lo positivo.	<input type="checkbox"/>						
10. Rece.	<input type="checkbox"/>						
11. Busqué a alguien que me ayudara.	<input type="checkbox"/>						
12. Trate de aceptarlos.	<input type="checkbox"/>						
13. No les di importancia.	<input type="checkbox"/>						
14. Sentí tristeza.	<input type="checkbox"/>						
15. No me preocupe.	<input type="checkbox"/>						
16. Trate de sanar.	<input type="checkbox"/>						
17. Pensé que sucedería lo peor.	<input type="checkbox"/>						
18. Pregunté al Personal del Hospital sobre mi estado de salud.	<input type="checkbox"/>						