

01968
2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**INFORME DE ACTIVIDADES
PROFESIONALES**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
JENNIFER AGUIRRE GONZÁLEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MTRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO

EJEMPLAR UNICO

MÉXICO D.F.

2003

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Agradecimientos:

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme permitido crecer profesionalmente.

Gracias al Hospital de la Mujer S.P.S. y al Hospital General de Alizapán por sus escenarios, ya que permitieron la valiosa práctica profesional así como al talento personal que en ellos laboran.

A mi tutor de tesis, Maestro Leonardo Reynoso por su apoyo siempre incondicional.

A mi maestra Robera Sánchez por su gran apoyo, a ella mi respeto, admiración y cariño por que me enseñó a ser mejor mujer.

A mis supervisoras, las Maestras Cecilia Montano Arvizu y Araceli Álvarez Gasca por sus valiosos conocimientos y su trato siempre amable.

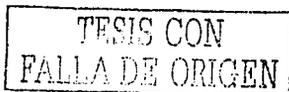
A mis sinodales Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Laura Hernández Guzmán, Dr. Juan José Sánchez Posas, Mtro. Fernando Vázquez Pineda, Mtro. Arturo Martínez Lara y a la Dra. Sandra Sanguiano Perano por su interés y valioso tiempo en la revisión de este trabajo.

A Maestro Ariel Vito Pierra por su amable consejo

A mis compañeras y compañeros de trabajo que compartieron conmigo a lo largo de estos dos años sus conocimientos y un poquito de su vida privada.

Finalmente agradezco a las y los pacientes que nos permitieron atenderlos.

A todos ustedes un sincero agradecimiento porque me han permitido crecer profesionalmente.



2

Dedicatorias.

Doy gracias a Dios por todas las oportunidades que me ha ofrecido

A mis papás, Rosita y Nico, que con mucho amor me han apoyado siempre

Al amor de mi vida Orlando, por su gran amor y tierna compañía

A mis hermanos Jorge, Michelle y Nico, porque siempre están cuando los necesito y los quiero mucho

A mis hermosos sobrinos, Isaac, Yamili, Yair y Carlitos, que con sus inocentes ocurrencias la vida es más bonita

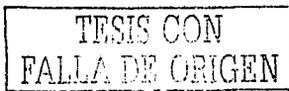
A mis padrinos Bertha y Raúl, que siempre están conmigo en mi corazón

A Lupita, Lalo, Yazmin y Lety, por abrirme las puertas de su corazón y permitirme entrar en sus vidas

A todos ustedes dedico con mucho amor este trabajo final, porque son muy importantes en mi vida, les doy las gracias.

Jennifer Aguirre González

3



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I, HOSPITAL DE LA MUJER	
1. CONTEXTO DE SERVICIO.....	6
1.1. Características de la sede.....	6
1.2. Ubicación de la residente	10
1.3. Recursos humanos.....	14
2. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS.....	15
2.1. Programas específicos desarrollados.....	15
2.2. Actividades profesionales.....	15
2.2.1. Estadística de pacientes atendidos.....	20
2.2.2. Competencias profesionales	22
2.2.3. Evaluación de las actividades profesionales.....	23
2.3. Actividades académicas dentro de la sede.....	24
2.3.1. Evaluación.....	24
2.4. Asistencia a eventos académicos.....	25
2.4.1. Competencias profesionales.....	25
3. EVALUACIÓN.....	26
3.1. De la subsede.....	26
3.2. Del programa operativo.....	26
3.2.1. Análisis del cumplimiento del programa Operativo.....	26
3.3. De los programas específicos desarrollados en la subsede.....	26
3.4. De las actividades profesionales.....	27
3.5. De las competencias profesionales.....	27
3.6. Del sistema de supervisión.....	27
4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES.....	28
CAPÍTULO II, HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER"	
1. CONTEXTO DE SERVICIO.....	33
1.1. Características de la sede.....	33
1.2. Ubicación de la residente.....	36
1.3. Recursos humanos.....	37

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS.....	37
2.1. Programas específicos desarrollados.....	39
2.2. Actividades Profesionales Diarias.....	39
2.2.1. Estadística de pacientes atendidos.....	44
Atención a pacientes con insuficiencia renal crónica.....	49
2.2.2. Competencias profesionales.....	51
2.2.3. Evaluación de las actividades profesionales.....	52
2.3. Actividades académicas dentro de la sede.....	52
2.3.1. Evaluación.....	53
2.4. Asistencia a eventos académicos.....	53
2.4.1. Competencias profesionales.....	53
3. EVALUACIÓN.....	53
3.1. De la subsede.....	53
3.2. Del programa operativo.....	54
3.2.1. Análisis del cumplimiento del programa operativo.....	54
3.3. De los programas específicos desarrollados.....	54
3.4. De las actividades profesionales.....	54
3.5. De las competencias profesionales alcanzadas.....	55
3.6. Del sistema de supervisión.....	55
4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES.....	55
ANEXOS.....	58
Estructura orgánica funcional del Hospital de la Mujer.....	58-A
Estructura orgánica del Hospital General de Atizapán.....	59-A
"Una intervención breve para el manejo del estrés en mujeres hospitalizadas del hospital de la mujer".....	59
"Programa de intervención psicológica para pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética para su ingreso al programa de diálisis peritoneal intermitente".....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	117

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL INFORME DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

INTRODUCCIÓN

Psicología de la Salud

La Historia de la Psicología de la Salud de los últimos tiempos es el reflejo de los avances teóricos de la Psicología y la propia Medicina en el siglo XX, y al mismo tiempo es el producto de la rápida incorporación de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población siendo por ello el resultado natural del propio desarrollo del modelo biomédico, con sus propias limitaciones actuales, como el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y comportamentales median los problemas de salud (Grau, 1998).

Las relaciones entre la psicología y la medicina han evolucionado hasta un punto, en el que el manejo interdisciplinario no es solamente deseable sino necesario. Atrás han quedado los tiempos en que el eje principal de conexión se establecía a partir de las llamadas enfermedades psicosomáticas.

En los países donde la psicología cuenta con un mayor grado de desarrollo, el origen de la Psicología de la Salud se puede ubicar a finales de la década de los sesenta y más ampliamente en los setenta, este avance se vio influido fuertemente por el desarrollo de la medicina conductual, la retroalimentación biológica, la psiconeuroinmunología, la epidemiología psicosocial, del propio desarrollo de las investigaciones y de los servicios a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (Rodríguez, Rojas y Grau, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Medicina Conductual

La Medicina Conductual se perfila hoy como uno de los desarrollos más recientes y fructíferos de la Psicología Clínica.

Conceptualmente, la Medicina Conductual es un amplio campo de integración de conocimientos que provienen de diferentes disciplinas, de las que cabe destacar las biomédicas como la anatomía, fisiología, endocrinología, epidemiología, neurología y psiquiatría por una parte y las psicosociales como del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, psicología comunitaria, sociología, antropología etc. Dichos conocimientos se dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. La característica fundamental de la Medicina Conductual es el conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionados a los trastornos psicológicos que conlleva la enfermedad física (Godoy, 1998; en Caballo, 1998).

Al constituir la Medicina Conductual un área de integración, las contribuciones de las diferentes disciplinas que la nutren han sido muy diversas. Por lo que a la psicología respecta, esas contribuciones han sido principalmente la metodología del estudio experimental del sujeto único, poco utilizada en medicina, las estrategias y técnicas propias de la evaluación conductual, las técnicas de terapia y modificación de conducta y por último, la evidencia bien constatada de la estrecha relación existente entre determinadas conductas y la morbilidad, como por ejemplo la ingesta excesiva de

alimentos con la obesidad, el patrón de conducta tipo A con el riesgo de trastorno coronario, etc.

La Medicina Conductual surge con fuerza, potenciada y promovida por una gran diversidad de factores además de los ya señalados como:

- El hecho de que los investigadores biomédicos y conductuales, operando independientemente, hayan sido incapaces de explicar satisfactoriamente por qué determinadas personas enferman y otras no.
- El hecho de que el principal desafío que tiene actualmente la medicina esté relacionado con la evaluación y el tratamiento de las enfermedades crónicas, influidas en su génesis y mantenimiento por factores conductuales y el estilo de vida.
- La madurez alcanzada por las ciencias sociales y conductuales, así como los avances de la epidemiología conductual.
- La presencia de efectos secundarios debido a los tratamientos médicos y quirúrgicos.
- El crecimiento del interés por la prevención de la enfermedad, la salud pública y la salud conductual en gran parte por el elevado costo del tratamiento médico de la enfermedad.
- El renacimiento y rápido crecimiento de la psicología médica.
- La necesidad de formalizar la estrecha colaboración entre medicina y psicología (disciplinas tradicionalmente distanciadas) que responda con realismo a las necesidades y objetivos de ambas.
- La atmósfera científica actual con relación en los procesos de salud y enfermedad, caracterizada por la aceptación general de un modelo multifactorial de la enfermedad y por eso de soluciones interdisciplinarias al tratamiento y prevención de la misma (Reig, 1985; en Caballo, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Modelos Conceptuales en Medicina Conductual

Como ya se ha mencionado la característica básica de la Medicina Conductual es la consideración de la salud y la enfermedad, especialmente la crónica, como estados multideterminados por un amplio abanico de variables, entre las que deben incluirse las de tipo *somático o biofísicas* (genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endócrinas, inmunológicas, etc.) las de tipo *psicológico o comportamentales* (estilos cognitivos, emociones, habilidades o recursos, conductas de riesgo, etc.) y las *externas o ambientales*, especialmente sociodemográficas y psicosociales (status social, raza, sexo, eventos vitales críticos, soporte social, etc.).

La evidencia constatada de que estos tipos de variables son relevantes, el grado de su participación será diferente en cada tipo de proceso, trastorno o enfermedad.

Esta diferente contribución va a determinar, en último término, el tipo de tratamiento más adecuado al problema concreto y qué profesionales habrán de participar en el mismo.

Todo lo anterior supone una ampliación de los tradicionales modelos conceptuales médicos de la enfermedad, que normalmente restringen las causas de la misma a variables de tipo biofísico. Dicha ampliación se ha realizado históricamente en dos fases:

1. En un primer momento la consideración de la participación en su génesis de factores psicológicos, siendo concebidos muchos trastornos de naturaleza psicosomática.
2. La inclusión, entre los factores de la enfermedad de los relacionados con el ambiente social, de forma que ésta es concebida como algo de naturaleza biopsicosocial o sociopsicosomática (Carboles, 1984; citado por Godoy, 1998, en Caballo, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En resumen, la Medicina Conductual supone la incorporación definitiva de la importancia que tienen los factores psicológicos en la generación y mantenimiento de algunas enfermedades, algo que la medicina viene intuyendo desde Hipócrates (Shapiro, 1987; citado por Godoy, 1998; en Caballo, 1998). Galeno estimaba que un 60% de los pacientes presentaban síntomas de tipo emocional, más que físico (Shapiro, 1987; citado por Godoy, 1998; en Caballo, 1998), pero que no había sido considerado seriamente hasta hoy.

La Medicina Conductual se aplica fundamentalmente en tres escenarios:

1. Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación
2. Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación
3. Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.A

1. CONTEXTO DE SERVICIO

Hospital de la Mujer

El Hospital de la Mujer llamado en un principio el Hospital de Nuestra Señora de los desamparados o de la Epifanía, fue fundada por el doctor Pedro López en el año de 1528 para alojar a las mujeres desamparadas y enfermas y a las madres solteras que eran arrojadas, embarazadas, de sus casas. En él se instaló también una casa de cuna para niños huérfanos. En el siglo XIX se alojaron ahí a las prostitutas aquejadas por enfermedades venéreas. Esta institución sufrió una gran variedad de contratiempos y desgracias, pero siguió adelante a pesar de todo y en la actualidad es un hospital de segundo nivel de especialidades gineco-obstétricas.

1.1. Características de la sede

Ubicación, nivel de atención y servicios de la sede

El Hospital de la mujer se encuentra ubicado en la calle prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374, Colonia Santo Tomás, delegación Miguel Hidalgo, en México, D.F., es una construcción que cuenta con una planta baja y cuatro pisos, ofrece atención de segundo nivel ya que es un hospital de especialidades en ginecología y obstetricia y brinda a la población los siguientes servicios:

- a) Urgencias. En esta área se atiende a las mujeres que asisten al hospital por alguna complicación o urgencia gineco-obstétrica, o porque su trabajo de parto se ha desencadenado.

Las pacientes para ser atendidas en el hospital llegan al servicio de urgencias, aquí se lleva a cabo una valoración de la paciente para que de acuerdo a su situación sea

atendida en consulta externa a través de una cita, o sea atendida de inmediato para posteriormente pasar al servicio de hospitalización.

b) Consulta externa cuenta con 15 consultorios y brinda los siguientes servicios:

Clinica de Climaterio	Psicología de la Salud
Cirugía general	Medicina Conductual
Gineco-obstetricia	Clinica de Displasias
Medicina Interna	Embarazo de Alto Riesgo
Estomatología	Clinica de Tumor de Ovario
Genética	Clinica de Amenorrea
Esterilidad	Departamento de Gineco-urología
Dietología	Control prenatal
Oncología	

Las diez primeras causas de morbilidad en Consulta Externa son:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Embarazo normal | 6. Tumores uterinos benignos |
| 2. Embarazo de Alto Riesgo | 7. Trastornos de la estática pélvica |
| 3. Neoplasia Intraepitelial Cervical | 8. Tumores de ovario |
| 4. Esterilidad | 9. Tumores malignos de mama. |
| 5. Alteraciones menstruales | 10. Amenorrea. |

c) Hospitalización. En esta área se alojan a las pacientes que necesitan manejo médico o que requieren estar en observación para la resolución de su patología, el hospital ofrece las siguientes áreas específicas de hospitalización dependiendo de la problemática que se maneja y se describen a continuación:

- ◆ Unidad de terapia intensiva, donde las principales causas de morbilidad son:

1. Preeclampsia severa	6. Cardiopatía y embarazo
2. Eclampsia	7. Tromboembolia pulmonar
3. Choque hipovolémico	8. Complicaciones por histerectomía total abdominal
4. Sepsis	9. Choque anafiláctico
5. Trombosis venosa profunda y embarazo	10. Cetoacidosis diabética.

- ◆ Terapia intermedia, que atiende los mismos problemas que la terapia intensiva sólo que en esta, la gravedad ha disminuido
- ◆ Sala de ginecología
- ◆ Sala de trofoblasto
- ◆ Sala de tumor de ovario
- ◆ Sala de esterilidad
- ◆ Sala de oncología. Los padecimientos que más se atienden dentro de este servicio, son:

- | | |
|----------------------|--------------------------------|
| 1. Cáncervicouterino | 4. Ca de endometrio |
| 2. Ca de mama | 5. Ca de vulva y |
| 3. Ca de ovario | 6. Embarazo molar persistente. |

- ◆ Alojamiento conjunto, donde permanecen las pacientes con sus recién nacidos y que no tuvieron complicaciones en el puerperio.
- ◆ Puerperio complicado. Este servicio se divide en seis cubículos, en el primero de ellos se localizan pacientes infectadas con condilomatosis, micosis, sífilis y VIH, en el segundo y tercer cubículo pacientes con diagnósticos de endometritis y absceso de pared, en el cuarto, quinto y sexto cubículos se encuentran las pacientes con complicaciones del posparto como: corioamniotitis, fórceps, desgarros, pos legrados y pos óbitos.
- ◆ Embarazo de alto riesgo, en este servicio las principales causas de morbilidad son:
 - Placenta previa
 - Diabetes gestacional
 - Amenaza de parto pretérmino
 - Preeclampsia
- ◆ Cunero que está dividido en tres secciones, la primera de ellas aloja a los neonatos sanos o que se encuentran en observación pero que no han

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

presentado alteraciones significativas o que están en espera de que sus madres se recuperen de alguna complicación; En la segunda área, están los niños que necesitan de cuidados especiales, ya que presentaron dificultades durante el nacimiento o posterior a este o que nacieron antes de lo esperado; Y por último se encuentra el cunero patológico, donde se alojan a recién nacidos con alteraciones congénitas o con estado delicado de salud y que requieren de cuidados especiales así como de aparatos para conservar su vida

d) Genética, pediatría, medicina preventiva, clínica de lactancia, endocrinología, entre otros.

e) Quirófano y unidad tocoquirúrgica. En estas áreas se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: patología, laboratorio de análisis clínicos, anatomía, radiología, unidad de irradiación externa, ultrasonido.

Servicios administrativos : recursos humanos, contabilidad, caja, control de pacientes, archivo clínico, oficinas administrativas, la dirección, oficina de jefatura de enfermería, oficina de jefatura de ginecología, estadística, jefatura de la división de enseñanza, oficina de enseñanza de enfermería, departamento de psicología de la salud.

Servicios generales: intendencia, transportes, mantenimiento, lavandería y ropería, compras y almacén

Otros: Farmacia, bibliohemeroteca, fotografía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2. Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede Líneas de autoridad y supervisora *in situ*.

La residente de primer año de Medicina Conductual se encontró adscrita al departamento de psicología de la salud del Hospital de la Mujer (se anexa al final, la estructura orgánica funcional del hospital). El departamento de Psicología de la Salud era dependiente de la subdirección médica y de la división de enseñanza, la línea de autoridad era la siguiente: La Jefa inmediata era la jefa del departamento de Psicología de la Salud, posteriormente el jefe de enseñanza y el Director. La jefa del Departamento de Psicología de la Salud también cumplía con el cargo de supervisora *in situ*.

El departamento de Psicología de la Salud contó con tres psicólogas adscritas, una residente de Medicina Conductual de segundo año y tres residentes de Medicina Conductual de primer año, cuyo objetivo era proporcionar atención de calidad con una visión holística, a través de la unión de esfuerzos que permitieran ofrecer un servicio integral y eficiente; sus objetivos específicos fueron intensificar las acciones del departamento integrando actividades de asistencia, docencia e investigación que incidieran en el mejor diagnóstico y tratamiento de los factores emocionales favoreciendo el desarrollo de la salud mental del personal y usuarios del Hospital de la Mujer.

Asistencia

- Establecer programas de atención y fomento a la salud mental,
- Brindar atención psicológica de consulta externa a la población que lo solicitara,
- Proporcionar atención psicológica a las solicitudes de interconsulta hospitalaria para el manejo integral de la paciente,
- Otorgar apoyo psicológico en situaciones de riesgo de alteraciones emocionales,
- Realizar evaluaciones psicológicas al médico que iniciara su especialidad en gineco-obstetricia.

Docencia

- Capacitación del personal médico y paramédico que lo solicite sobre temas relacionados con la salud mental,
- Participación en las sesiones clínicas con temas psicosociales.

Investigación

- Elaboración y ejecución de proyectos de investigación con mira a la posible publicación de artículos

Acciones

- Organizar a los integrantes del departamento dentro de un marco común para elaborar y aplicar programas preventivos y de fomento a la salud mental,
- Vincular capacitación, atención para la salud e investigación en situaciones relacionadas con la salud mental del trabajador de la institución y población asistida,
- Desarrollar en el personal del área médica y paramédica, habilidades para intervenir en procesos de salud-enfermedad acorde a las necesidades psicosociales de la población atendida por medio de seminarios, cursos, talleres y conferencias,
- Formación de grupos de apoyo de atención multidisciplinaria abarcando niveles de prevención primaria y secundaria en programas de salud a pacientes diabéticas, hipertensas, oncológicas, de embarazo de alto riesgo y estimulación temprana en recién nacidos prematuros,
- Orientación, asesoría y psicoterapia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de conflictos emocionales, personales y familiares, así como intervención en crisis.

El Programa Operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México planteó para la subsede los siguientes objetivos:

- El alumno será capaz de formar grupos de apoyo para coadyuvar en el tratamiento de pacientes con los siguientes problemas:
 - o Diabetes mellitus
 - o Hipertensión arterial sistémica
 - o Climaterio
 - o Embarazo de alto riesgo

- Cardiópatas
- Nefrópatas
- Con cesárea iterativa
- Esterilidad
- Desarrollar programas de intervención en pacientes con alguno de los siguientes problemas médicos:
 - Diabetes
 - Hipertensión
 - Climaterio
 - Embarazo de alto riesgo
 - Esterilidad
 - Cáncer (de cuello uterino, de ovario o de mama) tratable en este hospital
 - Abortos recurrentes
 - Candidatas a histerectomía en edad reproductiva
 - Terapia sexual con orientación cognitivo-conductual

- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas o complicaciones médicas.
- Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de ansiedad, depresión, estrés y habilidades de afrontamiento.

Actividades y objetivos por servicio intra y extrahospitalarios.

- Objetivo general:

Desarrollar en el alumno las competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo-conductual para detectar, evaluar y solucionar problemas en pacientes con problemas gineco-obstétricos mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivos Cognoscitivos con relación al servicio:

- Entrenar a los residentes en el trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos.
- Entrenar a los residentes en las habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas gineco-obstétricos.
- Entrenar a los residentes en la evaluación conductual y el diagnóstico.
- Entrenar a los residentes en el manejo de las diferentes técnicas cognitivas conductuales.
- Entrenar a los residentes en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados al tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.

Destrezas a desarrollar en el servicio:

- Desarrollar habilidades para la entrevista clínica en pacientes gineco-obstétricas.
- Desarrollar habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico
- Desarrollar habilidades para la elaboración aplicación y evaluación de distintos programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación en pacientes gineco-obstétricas.
- Practicar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
- Practicar el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en las pacientes con problemas gineco-obstétricos.
- Desarrollar habilidades para la evaluación de las estrategias de intervención desarrolladas.

Actividades a desarrollar por el residente

- Entrevistar a pacientes con problemas gineco-obstétricos
- Realizar la evaluación conductual de las pacientes aplicando instrumentos que detecten: ansiedad, depresión, estrés psicológico, miedos y temores.
- Planear las metas de su intervención con cada paciente considerando el tiempo de estancia intrahospitalaria de la misma.
- Desarrollar programas de intervención individuales y/o grupales en los siguientes problemas médicos: diabetes, hipertensión, climaterio, embarazo de alto riesgo, esterilidad, cáncer, abortos recurrentes, candidatas a histerectomía en edad reproductiva y terapia sexual.
- Practicar las siguientes técnicas específicas para el tratamiento de las pacientes: relajación, manejo de contingencias, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en detención del pensamiento, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en autocontrol, entrenamiento en el manejo de la depresión.
- Canalizar los casos que no sean de su competencia.
- Realizar el seguimiento de las distintas pacientes.
- Registrar la información en los formatos establecidos.
- Evaluar el impacto del tratamiento.

Con base en el programa del departamento de Psicología de la Salud del Hospital de la Mujer y con el programa operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México, el área de rotación de la residente de Medicina Conductual de primer año, se ubicó principalmente en el servicio de consulta externa y hospitalización además de promover apoyo en el área donde se le requiriera

1. 3. Recursos humanos

El Hospital de la Mujer contaba con 36 médicos de base, 55 enfermeras, 52 residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia y 6 residentes de 3° y 4° año

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

procedentes del I.S.S.S.T.E. y de Salubridad que se encontraban en su rotación, 32 estudiantes de enfermería, 19 Internos de Pregrado (en la carrera de medicina) rotando cada bimestre, 60 pasantes de medicina de 5° y 6° año por trimestre. El personal de intendencia, camilleros y otros no fue cuantificado.

2. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

2.1. Programas específicos desarrollados

Al iniciar la residencia en Medicina Conductual el grupo de residentes detaron que el departamento de psicología de la salud estaba recién conformado y como tal no se contaban con antecedentes establecidos sobre la organización de trabajo que pudieran continuarse o mejorarse, esto nos expuso a un campo fértil para establecer líneas de trabajo y el desarrollo de propuestas de intervención.

Por otra parte, el Departamento de Psicología de la Salud carecía de la experiencia de organización del trabajo en conjunto con nuevos elementos a su disposición, misma que se fue desarrollando a la par del inicio de la residencia.

Durante este año se desarrolló un taller titulado "Una intervención breve para el manejo del estrés en mujeres hospitalizadas del hospital de la mujer" realizado en un grupo de 31 pacientes femeninas hospitalizadas en la sala de alto riesgo y en puerperio complicado y se anexa al final de este documento.

2.2. Actividades Profesionales Diarias

- Un día a la semana la residente de primer año atendió consulta externa con un horario de 8 a 11 de la mañana. Las pacientes fueron referidas por los médicos o fueron derivadas en las consultas de psicología de hospitalización. Los problemas psicológicos más frecuentes fueron: Estilos de afrontamiento inadecuados, depresión, problemas conyugales, duelo, ansiedad. Donde la intervención

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

psicológica consistió en la realización de la entrevista cognitivo-conductual, evaluación y diagnóstico psicológico del padecimiento presentado y la implementación de técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, psicoeducación con respecto al padecimiento presentado, entrenamiento en control psicofisiológico a través de técnicas de relajación, para el manejo de ansiedad, estrés, dolor, miedo; manejo de duelo e intervención en crisis. Con respecto a ésta última fueron realizadas con pacientes referidas de los servicios contiguos y se atendieron de manera inmediata a mujeres que recibieron un diagnóstico médico desfavorable.

- Durante el mes de marzo de 2001 al mes de septiembre del mismo año se designó a la residente al servicio de alojamiento conjunto, embarazo de alto riesgo y puerperio complicado en el área de hospitalización y del mes de octubre de 2001 a febrero de 2002 fue designada al área de hospitalización de la sala de oncología, la sala de tumor de ovario, la sala de esterilidad, la sala de trofoblasto, la sala de ginecología y la unidad de cuidados intensivos. Las pacientes fueron derivadas por el personal médico, de enfermería, por parte de trabajo social o las propias pacientes solicitaban el servicio.
- Durante el primer periodo se observaron como problemas psicológicos más frecuentes: miedo a procedimientos quirúrgicos, dolor por procedimientos invasivos y por complicaciones, duelo por aborto o producto óbito, ansiedad, desadaptación al medio hospitalario, ideas irracionales ante procedimientos médicos, estrés ante la estancia hospitalaria prolongada, no adherencia al tratamiento, estilos de afrontamiento desadaptativos, inhabilidad para solucionar problemas y tomar decisiones con respecto a situaciones familiares y algo muy frecuentemente observado fue la inhabilidad por parte de muchas pacientes para establecer comunicación con el médico y por lo tanto desinformación con respecto a su padecimiento y la estrategia de tratamiento que desencadenaba en problemas importantes para adherirse al tratamiento como el manejo de ideas irracionales o

estilos de afrontamientos inadecuados que incidían en el estado emocional de la paciente (ansiedad, tristeza, miedo) y en una conducta desadaptativa.

- ◆ Durante el segundo periodo, los problemas psicológicos observados fueron los siguientes: dolor por procedimientos quirúrgicos, estilos de afrontamiento desadaptativos, duelo por la pérdida de la salud, el no cumplimiento terapéutico, desadaptación al medio hospitalario, miedo, ansiedad, temor a la muerte, inhabilidad para solucionar problemas o tomar decisiones.
- ◆ En la sala de oncología se observaron los siguientes problemas específicos: Impacto emocional ante la confirmación del diagnóstico de cáncer, duelo: por la pérdida de la salud o por la pérdida de la vida por parte la paciente en fase terminal y por parte de su familia, ansiedad ante la modificación de las actividades cotidianas y organización de la vida de la paciente, manejo de autoimagen y autoconcepto en pacientes mastectomizadas, ansiedad, miedo y preocupación ante los tratamientos médicos (quimioterapia, cirugía, inyecciones, canalizaciones) y de diagnóstico (biopsia), dolor, rechazo a la exploración clínica, búsqueda de apoyo social inadecuada, faltante o insuficiente, Inhabilidad para la comunicación y obtención de información, estilos de afrontamiento desadaptativos, inhabilidad para solución de problemas familiares o para la organización de situaciones personales, vómito anticipatorio, procesamiento de información no adecuado al recibir la explicación por parte de los médicos, mitos, creencias y pensamientos irracionales con respecto a la enfermedad del cáncer.
- ◆ Con respecto a los problemas psicológicos experimentados por las pacientes en el área de hospitalización, se implementó para el abordaje de la problemática la entrevista cognitivo conductual que ayudó a focalizar la problemática, se llevó a cabo la evaluación de la conducta observada y se emitió un diagnóstico, posteriormente se implementó psicoeducación del padecimiento presentado y se intervino con técnicas cognitivo conductuales específicas para cada caso como el entrenamiento en control psicofisiológico a través de técnicas de relajación, para el

manejo de ansiedad, estrés, dolor, miedo, cuando la pacientes sería intervenida quirúrgicamente o cuando su estancia hospitalaria era prolongada o la enfermedad presentada causara dolor por ejemplo en las pacientes con cáncer, o dolor posterior a un procedimiento quirúrgico (cesárea). Se llevó a cabo el entrenamiento para la solución de conflictos en pacientes con problemáticas personales y que debían tomar decisiones inmediatas dentro del hospital para la organización de su estancia hospitalaria o de su hogar, se llevó a cabo la desensibilización sistemática para pacientes con miedo a procedimientos quirúrgicos por ejemplo; se intervino con manejo de contingencias para manejar a pacientes adolescentes y en general con todas las pacientes aplicando reforzamiento positivo para incentivar sus logros, se entrenó a pacientes en alto al pensamiento, se abordaron las creencias irracionales con respecto a la enfermedad con Terapia Racional Emotiva. También se intervino para el manejo de duelo en aquellas pacientes que sufrieron la pérdida de un hijo o por aborto.

- ◆ Se intervino con familiares de las pacientes atendidas para establecer, mejorar y fortalecer las redes de apoyo de la paciente y facilitar el trabajo en su recuperación. En muchas ocasiones el familiar de la paciente pidió apoyo de manera directa o fue referida por el servicio de trabajo social.
- ◆ Se atendieron pacientes en el servicio de urgencias por medio de interconsultas, las situaciones más frecuentes para solicitar atención fueron ante reacción emocional intensa por parte de la paciente (crisis), o que la paciente presentara síntomas físicos no confirmados con un diagnóstico médico.
- ◆ En dos ocasiones fue necesario entrar con la paciente al quirófano para brindar apoyo psicológico. El primer caso fue con una paciente de 21 años de edad, con un diagnóstico de disgerminoma fase IV (tumor de ovario) el tumor de 7 kilos de peso que debería ser extraído con cirugía, la paciente pidió que se le apoyara psicológicamente dentro del quirófano y el segundo caso una paciente de 14 años embarazada por violación y que se apoyó hasta la quirófano durante la cesárea.

- ◆ También se ofreció atención en crisis a pacientes que así lo requirieron ya fuera que el médico lo solicitara o que se observara a la paciente de manera directa.
- ◆ El área de atención a las adolescentes realizaba de manera escrita la interconsulta cuando la paciente se encontraba hospitalizada, ésta contenía los datos de la paciente a consultar, su padecimiento y el motivo por el cual se solicitaba la interconsulta.
- ◆ Dentro de este contexto, también se solicitaron interconsultas a los especialistas, en el caso de mujeres con depresión en etapa de climaterio sin tratamiento de reemplazo hormonal para su valoración.
- ◆ Se realizó una nota psicológica para cada paciente atendido con el formato SOAP que significa: subjetivo (S) lo que el paciente expresa verbalmente en cuanto a cómo se siente, que ha pensado o hecho, objetivo (O) lo que el terapeuta observa bajo criterios diagnósticos, Análisis (A) la integración de lo observado y el reporte del paciente, que podría traducirse como un diagnóstico y plan de tratamiento (P) donde se plantea el tratamiento o acción a seguir con el paciente.
- ◆ Con cada paciente se emitió un diagnóstico psiquiátrico basado en el CIE 10 y en el DSM-IV requerido por la institución para fines estadísticos.
- ◆ Diariamente se registró en una hoja de diario a los pacientes vistos en consulta externa y en hospitalización y cada día 25 se realizó un vaciado de datos de los pacientes atendidos en este período en una hoja especial (SISPA) para su captura por el departamento de estadística.
- ◆ Se asistió a las sesiones generales del hospital una vez por semana los viernes de 12 a 13 hrs.

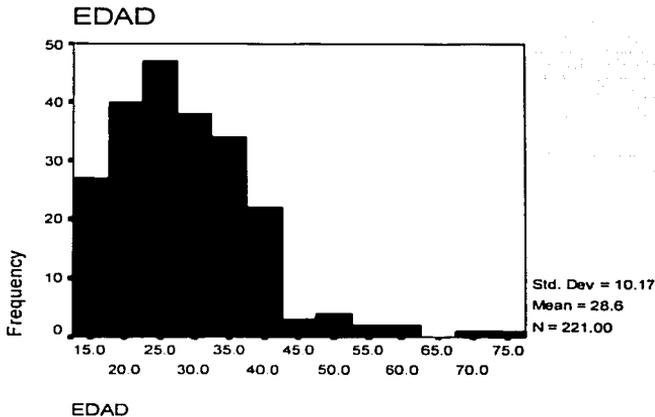
- Diariamente se registró en una libreta la hora de entrada y la hora de salida del hospital.

2.2.1. Estadística de pacientes atendidos

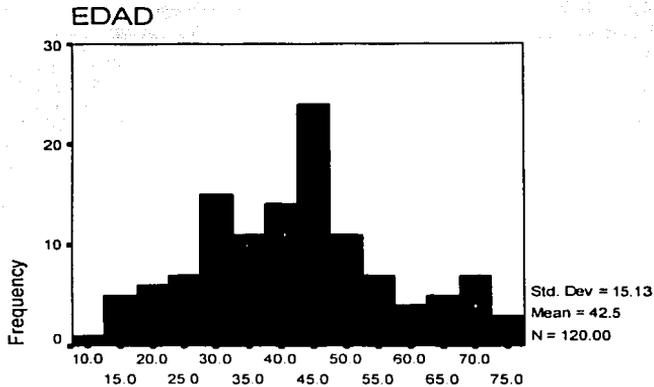
En total en el primer año de residencia se atendieron a 341 pacientes. Se llevaron a cabo 639 consultas, el 66% sólo de primera vez y el 34% restante de sesiones subsecuentes.

Durante el primer periodo comprendido entre Marzo de 2001 y Septiembre del mismo año se atendieron a 221 pacientes. Se llevaron a cabo 448 consultas de las cuales 145 fueron solamente de primera vez y 303 se dieron de manera subsecuente. La media de edad de las pacientes fue de 28 años donde la edad mínima fue de 13 años y la máxima de 75 años, todas las pacientes atendidas en este periodo fueron del sexo femenino.

A continuación se presenta una gráfica por edad:

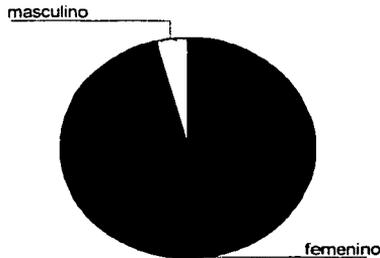


Durante el segundo período del mes de Octubre de 2001 al mes de Febrero de 2002, se atendieron a 120 pacientes. Se llevaron a cabo 191 consultas de las cuales 80 fueron únicamente de primera vez y las 111 restantes fueron consultas subsiguientes, donde la edad promedio fue de 42 años con una edad mínima de pacientes de 9 años y una edad máxima de 74 como se muestra a continuación:



EDAD

Donde el 95.8% de pacientes fue de sexo femenino y el 5% de sexo masculino:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

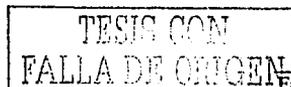
2.2.2. Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de las actividades profesionales

Del programa específico

- Se asume que se adquirieron habilidades para llevar a cabo la evaluación cognitivo conductual de las pacientes tratadas,
- Se adquirió la habilidad para desarrollar un programa de intervención en el tratamiento de pacientes gineco-obstétricas, detectando sus necesidades específicas derivadas del padecimiento y de la estancia hospitalaria.
- Se entrenó a las pacientes en técnicas de afrontamiento al estrés y psicoeducación, con el objetivo de que modificaran sus niveles de ansiedad dentro del ámbito hospitalario.
- Se evaluó el impacto del tratamiento aplicado estableciendo los límites de la intervención.

De las actividades diarias

- Se evaluó y diagnosticó problemática relevante en el área de la salud
- Se seleccionaron las técnicas y procedimientos para la intervención profesional fundamentando estas elecciones en el modelo cognitivo conductual
- Se integraron los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional
- Se llevó a cabo el manejo, evaluación y aplicación de las estrategias del trabajo multidisciplinario



- Se favoreció en los pacientes la adherencia terapéutica.
- Se desarrollaron habilidades para la entrevista clínica con pacientes gineco-obstétricas
- Se desarrollaron habilidades en el manejo de técnicas de solución de problemas, autocontrol, habilidades sociales, manejo de contingencias y afrontamiento con la finalidad de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión
- Se desarrolló la habilidad de comunicación requerida de manera multidisciplinaria para obtener la información necesaria y suficiente para el tratamiento de cada caso abordado, donde se tomaron en cuenta las opiniones y observaciones del personal médico, de enfermería y de trabajo social.
- Se obtuvieron habilidades específicas para el manejo personal dentro de una institución, es decir el manejo de papeleo, el seguimiento de las líneas de autoridad, el seguimiento de lineamientos establecidos en el interior de la sede sobre los derechos y obligaciones explícitas e implícitas necesarias para una buena convivencia social y sobre todo el necesario desarrollo de habilidades sociales que permitieron establecer relaciones profesionales para la conveniencia positiva para el buen desempeño laboral y la facilitación del trabajo para que el paciente obtuviera los mayores beneficios.

2.2.3. Evaluación de las actividades Profesionales

Se considera de gran valor el desarrollo de las actividades profesionales mencionadas, ya que permitieron a la residente poner en práctica la teoría enseñada en las aulas para desarrollarla en el campo hospitalario. Este escenario brindó una rica combinación de elementos donde los conocimientos pudieron enriquecerse con el desarrollo de habilidades que permitieron hacer eficaz la técnica y aplicar los recursos aprendidos sin perder de vista el objetivo de apoyar al paciente bajo una óptica cognitivo conductual.

2.3. Actividades académicas dentro de la sede

- Durante las asesorías académicas llevadas a cabo una vez por semana de manera regular a lo largo de un año, se abordaron temas sobre aspectos médicos y manejo cognitivo conductual de las pacientes, discusión de casos clínicos, procedimientos diagnósticos, de tratamiento y evaluación.
- Las asesorías con la supervisora *in situ* se llevaron a cabo durante los primeros siete meses una vez por semana, posteriormente se suspendieron por razones que se desconocen.
- Se asistió de manera regular (Viernes de 12:00 a 13:00 hrs.) a las sesiones generales del hospital, donde se trataron diversos temas médicos que apoyaron en la comprensión de la lógica de la enfermedad y sus repercusiones psicológicas.
- Se impartieron para los residentes de Medicina Conductual dentro de la sede, tres clases de una hora, sobre aspectos ginecológicos por parte del jefe de la división de ginecología.

2.3.1. Evaluación de las actividades académicas

Se considera que durante el primer año de residencia, el aprendizaje de temas especializados en el área de la ginecología fueron de fundamental importancia para establecer el vínculo entre la medicina y la psicología, de tal manera se valoró de buena calidad la información obtenida con respecto a temas especializados ya que facilitaron la realización de los objetivos específicos de la residencia en medicina conductual, desde lo manejado de manera formal como lo fue el apoyo de la asesora académica y los médicos que contribuyeron al enriquecimiento en conocimientos médicos, hasta lo observado clínicamente en las pacientes.

2.4. Asistencia a eventos académicos

- ◆ Ponencia "Técnicas Cognitivo-conductuales y Retroalimentación biológica en el tratamiento del dolor agudo por venopunción en niños con cáncer" en el 1er Congreso Nacional de Psico-Oncología, efectuado el 29 de Agosto de 2001.
- ◆ Asistencia a la sesión clínica "Cuidados de enfermería a pacientes de mastectomía" llevada a cabo el día 25 de Abril de 2001 en el Hospital de la mujer.
- ◆ Asistencia a la conferencia "La sexualidad de la mujer en el nuevo milenio" el 3 de Mayo de 2001, llevada a cabo en el Hospital de la Mujer.
- ◆ Asistencia a la conferencia "Sexualidad y Juventud" el 31 de Octubre de 2001 en el Hospital de la Mujer.
- ◆ Asistencia al taller de "Información y sensibilización en la atención integral e irrupción legal del embarazo a mujeres víctimas de violencia sexual" realizado los días 21, 22 y 23 de Noviembre de 2001 en el Hospital de la Mujer.

2.4.1. Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades

Se considera de gran importancia la oportunidad de asistir a eventos que enriquezcan el cúmulo de conocimiento y el intercambio de experiencias en las diferentes áreas, ya que el aprendizaje facilita el entendimiento en la búsqueda de estrategias para la aplicación de la medicina conductual y la intervención se plantea como más eficaz. Por lo que se considera la experiencia como asistente así como de ponente en los eventos académicos de esta naturaleza como enriquecedores, dejando una experiencia de importantes dimensiones para el desarrollo profesional.

3. EVALUACIÓN

3.1. De la subsección

Se considera que el Hospital de la Mujer, fue un campo lleno de oportunidades de aprendizaje, dada la oportunidad de cubrir casi en su totalidad las áreas de hospitalización. En estas áreas se proporcionaron una variedad importante de problemáticas en las pacientes que fueron abordadas y tratadas, otorgando la oportunidad para el aprendizaje y para la práctica profesional.

3.2. Del programa operativo

Es de gran importancia el establecimiento y la organización de actividades dentro de un área clínica, ya que ésta establece parámetros a seguir dentro de un escenario con características específicas.

El programa operativo establecido para trabajar en el Hospital de la Mujer propuso actividades que buscaron facilitar el desarrollo de las competencias profesionales establecidas y lograron en su mayoría los objetivos propuestos.

3.2.1. Análisis del cumplimiento del Programa Operativo

Se establece que se cumplió en su mayoría lo establecido en el Programa Operativo, ya que se puso en práctica la teoría aplicada a las necesidades del paciente con una orientación cognitivo conductual y donde la residente interactuó en el escenario clínico de una manera interdisciplinaria cubriendo los objetivos del programa.

3.3. De los programas específicos desarrollados en la subsección

Se hace la observación que las características de las pacientes y sus complicaciones dentro de un escenario clínico como lo es el hospital de la Mujer, son un punto

importante para poder establecer criterios de intervención y límites muy específicos. Con respecto a esto la intervención debió ser muy delimitada, breve y debió tener los controles adecuados que permitirían incidir en la población de la manera más efectiva posible tomando en cuenta todas sus características.

3.4. De las actividades profesionales realizadas

Se valora que las actividades profesionales realizadas fueron muy enriquecedoras para la adquisición de competencias profesionales, aunque hubiera sido deseable una mayor libertad para llevar a cabo planes de trabajo con pacientes oncológicas y con pacientes quirúrgicas.

3.5. De las competencias profesionales alcanzadas

Se valora que se logró un buen nivel de competencias profesionales, se considera que fueron adquiridas, puestas en práctica y mejoradas de manera continua a lo largo de este primer año gracias a todos los elementos puestos a disposición tanto de parte de la Universidad como de la sede.

3.6. Del sistema de supervisión

3.6.1. De la supervisora *in situ*

El sistema de supervisión *in situ* se torna de gran importancia, ya que debería proporcionar una guía que coordine y regule el desenvolvimiento del estudiante dentro del escenario hospitalario caracterizado como un campo nuevo y desconocido, sin embargo sería deseable que la persona a cargo fuera del área cognitivo-conductual o que tuviera un grado de maestría para que el residente tuviera un punto de apoyo y supervisión dentro de la institución que contribuyera a los lineamientos planteados por la Universidad y a su completo desarrollo en las competencias profesionales.

3.6.2. De la supervisora académica

La supervisora académica brindó apoyo dentro de la institución, ayudó a resolver problemas inmediatos y por su formación médica proporcionó conocimientos de gran valor en esta área que facilitaron el entendimiento de la patología y por consiguiente su impacto psicológico y así mejorar el desempeño académico y profesional.

Se valora que su participación fue de gran importancia gracias a sus conocimientos y orientación siempre bien proporcionada.

4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

La Medicina Conductual supone la incorporación definitiva de la importancia que tienen los factores psicológicos en la generación y mantenimiento de la enfermedad y ha aportado conocimientos y resultados objetivos en el proceso salud-enfermedad.

Es así como el residente de Medicina Conductual al ser insertado en el ámbito hospitalario obtiene una gama de situaciones enriquecedoras para su desarrollo profesional ya que pone en práctica los conocimientos académicos y tiene la oportunidad de observar cómo el aspecto psicológico puede influir en la enfermedad que se presenta en cada individuo ya sea como generadora de ésta o como un impulso hacia la salud con conductas que favorezcan a su propia recuperación.

El haber realizado la residencia en el Hospital de la mujer donde los padecimientos gineco-obstétricos son la causa de atención en este escenario proporcionó la experiencia enriquecedora de trabajar con mujeres ya que la residente pudo poner en práctica sus conocimientos y generar habilidades en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con técnicas cognitivo-conductuales y que permitieran facilitar a las pacientes su recuperación y la mejora de su calidad de vida y bajo el trabajo interdisciplinario. Sobre este aspecto específico, cabe señalar que la residente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aprendió que la interacción con el personal médico, de enfermería y de trabajo social es de suma importancia para la atención a la paciente ya que supone el trabajo interdisciplinario necesario para obtener la mejoría de la paciente bajo la colaboración de todo el personal de salud de manera cálida, integral y humanizada.

Por otra parte el Hospital de la mujer ofreció un campo lleno de oportunidades para la realización del trabajo psicológico ya que los participantes de la residencia eran solicitados prácticamente en todo el hospital y podía observarse la necesidad del trabajo psicológico y sobre todo que los resultados de estas intervenciones eran evidentes y solicitadas por el personal de la salud.

Sin embargo, y dadas las restricciones estructurales del sistema de salud, así como presupuestales donde no se facilita el desarrollo de la Medicina Conductual, el Hospital de la mujer no cuenta con espacios físicos adecuados para la intervención psicológica, ni para recibir supervisión. El residente de Medicina Conductual no cuenta con el servicio de biblioteca, ni fotocopiado. Por esta situación el factor espacio determinó en varios aspectos la improvisación de ellos, como la atención de pacientes en áreas inadecuadas, la realización de aspectos académicos en áreas no determinadas para ello, y sobre todo la imposibilidad de la formación de grupos ya que no había espacio suficiente y adecuado para recibir a un grupo de mujeres de manera continua. De esta forma la sugerencia a tales observaciones sobre el espacio faltante sería el convenir directamente con la sede el compartir espacios ya designados para su utilización con los residentes de Medicina Conductual en la formación de grupos y plantear las necesidades del residente sobre la utilización de los recursos de la biblioteca.

Por otra parte cabe señalar que la sede hizo lo posible porque los residentes pudieran colocar sus cosas en un archivo seguro, bajo llave.

Con respecto al trabajo realizado con grupos como el mencionado al final del trabajo, se hace la observación de que la paciente embarazada hospitalizada necesita de cuidados específicos, especialmente la de embarazo de alto riesgo o puerperio complicado, de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

allí la dificultad de mantener un grupo y llevar intervenciones prolongadas en tiempo o con varias sesiones como tratamiento, por lo que se hace la sugerencia de una intervención grupal concreta y de tiempo limitado o proponer la intervención individual, ya que los horarios de comida, los horarios de medicamentos, el tiempo de visita y los estudios programados y el hecho de ser desembarazadas de un momento a otro, pueden distraer a la paciente de la intervención psicológica o desintegrar el grupo ya propuesto.

Con respecto a otros grupos de mujeres en hospitalización como las que se encuentran el el piso de alojamiento conjunto, donde el embarazo ya está resuelto, se trabajó con situaciones individuales y específicas, es decir el padecimiento o situación presentado en esta área no corresponde a una patología de grupo, sin embargo en otras áreas como en oncología, las pacientes acuden continuamente a sus terapias oncológicas y con cierta frecuencia son diagnosticadas otras pacientes que ingresan para ser tratadas en el hospital, aquí es de suma importancia pensar en una intervención grupal de manera ambulatoria, como la que se propuso por nuestra parte.

Se considera que el plan operativo planteado por la U.N.A.M. estuvo bien diseñado y se sugiere sea explicado de manera más clara para las autoridades del Hospital ya que los residentes fueron objeto de incongruencias en su supervisión interna, también se sugiere que la U.N.A.M. diseñe los lineamientos bajo los cuales los alumnos ingresarán a las sedes ya que facilitaría en gran medida su estancia.

La intervención del tutor académico y de la supervisora académica fueron piezas clave en la orientación teórica y práctica para el desarrollo de las habilidades necesarias y planteadas para las competencias profesionales que se valora fueron de gran calidad y que se adquirieron a lo largo de la residencia, en la práctica con las pacientes durante las intervenciones realizadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe mencionar la valiosa participación de asesores externos, que con su gran experiencia y conocimientos ayudaron de manera importante para concretar el trabajo realizado.

Por último se alienta a los que conformamos este proyecto de maestría a luchar por los escenarios hospitalarios logrados y a conquistar nuevos horizontes ya que el mayor logro es la satisfacción de los resultados obtenidos con el paciente y donde se observa con orgullo el impacto de nuestra intervención perfeccionada dentro de estos escenarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
"DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER"

1. CONTEXTO DE SERVICIO

A raíz del terremoto de 1985, se afectó una gran parte de la población capitalina y entre sus principales secuelas, estuvo la notable disminución de camas hospital, resultando afectada particularmente la Secretaría de Salud. El Plan Nacional de Salud completa la centralización de la atención médica en las grandes ciudades e implementa sistemas regionales de salud que pretenden optimizar los recursos con los que cuenta y extender la cobertura a poblaciones desprotegidas. Por tales motivos es construido el Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler", dentro del programa de construcción de la Secretaría de Salud, financiado con recursos del Fondo Nacional de la Reconstrucción y con el esfuerzo del pueblo mexicano, se entrega para beneficio de la población de Atizapán de Zaragoza, Estado de México.

El 27 de Abril de 1987 fue inaugurado por el Presidente constitucional de la República Miguel de la Madrid Hurtado, develando una placa, otorgando un reconocimiento a Chrysler de México, a la Cruz Roja Danesa, al Ente Nazionale Idrocarburum de Italia y al gobierno de los Países Bajos que con su generoso donativo colaboraron en la construcción de este hospital y manifestaron su solidaridad mediante la donación de equipos médicos instalados en el hospital.

1.1. Características de la sede

Ubicación, nivel de atención y servicios de la sede.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Hospital General de Atizapán se encuentra ubicado entre la avenida Montesol y Avenida Adolfo López Mateos sin número, situado en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México.

La población beneficiada por este hospital asciende a 800 mil habitantes de los municipios de Atizapán, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Timilpan, Julotepec, Sonaniquilpan, Polalatlán y Villa del Carbón

Este hospital es considerado de segundo nivel de atención médica, es el responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud atendiendo daños frecuentes y de mediana complejidad. Su objetivo es brindar atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación a la población de su área, participar en la formación de recursos humanos para la salud y la cobertura de los programas de investigación básica, clínica y socio-médica del Sector Salud y cuenta con los siguientes servicios:

- a) Urgencias, que se encarga de proporcionar atención inmediata tanto médica como de enfermería; cuenta con las áreas de exploración, curación, control de enfermería, el área de observación de adultos y de observación pediátrica.
 - b) Labor y expulsión
 - c) Recuperación
 - d) Quirófano
 - e) Terapia intensiva
- TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
- f) Consulta externa. Ofrece en 15 consultorios los servicios de:

Pediatria	Control del niño sano
Cirugía General	Clinica del adolescente
Medicina Interna	Otorrinolaringología
Cirugía Máxilo facial	Psiquiatria
Odontología	Psicología de la Salud (donde se inserta
Preconsulta	Medicina Conductual)
Planificación Familiar	Urología
Gineco-obstetricia	
Oftalmología	

g) Hospitalización, donde se alojan a los pacientes que requieren de tratamiento médico u observación y se divide en las siguientes áreas según las patologías a tratar:

- Cirugía General
- Pediatría
- Neonatología
- Ginecología y obstetricia
- Medicina Interna, esta última brinda cuidados integrales a pacientes con patologías crónico degenerativas que no ameritan cirugía y los diagnósticos médicos más frecuentes son:

Diabetes Mellitus

Absceso hepático amibiano y

Cirrosis hepática alcoholico-nutricional.

h) Medicina preventiva

i) Trabajo social

j) Dietología

k) Central de equipos y esterilización (CEYE)

Servicios auxiliares y de diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ultrasonido, banco de sangre y anatomopatología que se encarga de realizar biopsia, necropsia, citología, archivo y fotografía macro y microscópica

Servicios administrativos: informes, archivo clínico, sistemas, informática, estadística, registros médicos, la dirección, la subdirección médica, la subdirección administrativa, la jefatura de recursos materiales, la división del programa de garantía de la calidad, la división de atención médica, la jefatura de división de enseñanza e investigación, la jefatura recursos humanos, caja general, contabilidad, la jefatura de servicios generales y la zona secretarial.

Servicios generales: lavandería, almacén general, control de asistencia, servicios generales, mantenimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros: cubículo de damas voluntarias, biblioteca, el auditorio, comedor.

Proceso de atención

Para que un paciente sea atendido en este hospital, se requiere que el paciente sea canalizado de su centro de salud o DIF, con una indicación por escrito de que su padecimiento debe ser tratado por un especialista, cumpliendo este requisito se le ofrece una cita para la consulta externa donde será atendido.

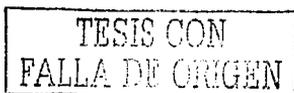
Al ingresar el paciente por el servicio de urgencias, se le brinda el servicio y posteriormente se le traslada a su institución en caso de ser derechohabiente o de ser necesario pasa al piso de hospitalización si éste no cuenta con seguridad social o bien es dado de alta si su padecimiento no requiere de internamiento y si es derechohabiente se le sugiere acudir a su institución o si no cuenta con esto de ser necesario se cita a la consulta externa del hospital.

1.2. Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede

Líneas de autoridad y supervisora *in situ*.

El servicio de Psicología de la Salud estuvo adscrito al servicio de Medicina Interna del hospital. La residente de Medicina Conductual de segundo año formó parte del equipo del servicio de Psicología de la Salud y por igual se encontró adscrita al servicio de Medicina Interna.

El servicio de psicología estuvo conformado de una psicóloga adscrita que fungió como supervisora *in situ*, de una residente de Medicina Conductual de segundo año y una residente de Medicina Conductual de primer año. Por tal situación la línea de autoridad se cumplió de la siguiente manera, la supervisora *in situ* fue la responsable directa de las residentes de Medicina Conductual, la jefa de éstas fue la jefa de la división de medicina interna y por último la jefa de división de enseñanza e investigación del hospital (al final se anexa la estructura orgánica funcional).



La residente de Medicina Conductual atendía a la población en hospitalización del servicio de Medicina Interna y realizaban interconsultas para el servicio de cirugía general, urgencias, gineco-obstetricia y trabajo social, estas interconsultas eran atendidas en hospitalización o en la consulta externa.

1. 3. Recursos humanos

El Hospital General de Atizapán contaba con 76 médicos especialistas, 4 médicos generales, 12 médicos en labores administrativas, 130 enfermeras generales, 16 enfermeras especialistas, 56 auxiliares de enfermeras, 17 enfermeras en la administración y enseñanza, 16 profesionales químicos, trabajadoras sociales, biólogos, nutriólogas, psicólogas e ingenieros en biomédica, 57 personal técnico, 201 personal administrativo, en archivo clínico y en conservación y mantenimiento.

También con 42 residentes en las diferentes especialidades en donde se encuentran incluidas las residentes de Medicina Conductual y 45 médicos internos de pregrado.

2. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Las actividades profesionales desarrolladas tuvieron como base lo establecido en el Programa Operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México para esta sede y establece como objetivos que la alumna será capaz de:

- a) Desarrollar programas de intervención individuales o grupales con los siguientes problemas:
- Diabetes mellitus tipo 2
 - Candidatos a amputaciones o cirugía ortopédica (prótesis)
 - Insuficiencia renal crónica
 - Pacientes quirúrgicos, para disminuir dolor y estrés
 - Adolescentes como población de alto riesgo
 - Niños que sufren de maltrato

- b) Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico
- c) Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas
- d) Favorecer en los pacientes diabéticos la adherencia a la terapéutica médica
- e) Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.

Plantea para actividades y objetivos por servicio intra y extrahospitalarios el Objetivo general: Desarrollar en las alumnas las competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo- conductual para detectar, evaluar y solucionar problemas mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.

Como objetivos cognoscitivos en relación al servicio:

- a) Entrenar a las residentes en el trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos.
- b) Entrenar a las residentes en las habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas crónicos.
- c) Entrenar a los residentes en la evaluación conductual y el diagnóstico.
- d) Entrenar a las residentes en el manejo de las diferentes técnicas cognitivo-conductuales.
- e) Entrenar a las residentes en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados al tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.

Y las destrezas a desarrollar en el servicio:

- a) Desarrollar habilidades para la entrevista clínica en distintos pacientes
- b) Desarrollar habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico
- c) Desarrollar habilidades para la elaboración, aplicación y evaluación de distintos programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación.
- d) Practicar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica

- e) Practicar el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y de consulta externa
- f) Desarrollar habilidades para la evaluación de las estrategias de intervención desarrolladas.

2.1. Programas específicos desarrollados

Durante el período comprendido entre el mes de marzo de 2002 y febrero de 2003, la residente de segundo año fue designada a llevar a cabo la valoración psicológica de pacientes candidatos al programa de diálisis peritoneal intermitente, por tal situación con apoyo del tutor y las supervisoras académicas se tomó la decisión de proponer un protocolo para tal finalidad titulado "Programa de Intervención psicológica para pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética para su ingreso al programa de diálisis peritoneal intermitente", mismo que se adjuntó al final de este trabajo.

2.2. Actividades profesionales diarias

- ◆ Dos días a la semana la residente de segundo años atendió la consulta externa en un horario de 8 a 13 horas. Los pacientes fueron referidos por los médicos o fueron derivados en las consultas de hospitalización. Los problemas psicológicos más frecuentes encontrados: falta de adherencia al tratamiento, estilos de afrontamiento inadecuados, duelo, inhabilidad en las relaciones sociales y de pareja y ansiedad. Donde la intervención psicológica consistió en:

- Entrevista cognitivo conductual
- Evaluación
- Diagnóstico
- Psicoeducación con respecto al padecimiento presentado.

- Promoción de la modificación conductual que estimuló la adherencia al tratamiento médico y a estilos de vida saludables.
 - Aplicación de las técnicas cognitivo conductuales.
 - Valoración de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica para determinar su ingreso al Programa de Diálisis peritoneal intermitente implementando la Entrevista Motivacional
- ◆ Es importante subrayar que en este segundo año de residencia se tuvo la oportunidad de trabajar con la Entrevista Motivacional, misma que no se había empleado anteriormente en el primer año de residencia y que se consideró una herramienta de gran ayuda para la intervención psicológica planteada con los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de manera específica con los pacientes con nefropatía diabética, dado el impacto de la enfermedad en el paciente.
 - ◆ La residente de segundo año estuvo adscrita al servicio de Medicina Interna en hospitalización, donde durante un año rotó por mes en la sección de mujeres y en la sección para varones.
 - ◆ Se pasó visita todos los días por la mañana, en conjunto con los médicos, en el área de Medicina Interna, en donde se detectó la conducta o sintomatología que tuviera que ser tratada por Medicina Conductual.
 - ◆ Los problemas psicológicos más frecuentemente observados en hospitalización fueron: la falta de adherencia al tratamiento médico que implicaban complicaciones de la enfermedad por ejemplo retinopatía e insuficiencia renal ante el incumplimiento terapéutico en el cuidado de la diabetes mellitus; desadaptación al medio hospitalario; ideas irracionales ante su padecimiento y tratamiento por ejemplo creer que aplicarse la insulina los dejará ciegos, o que no pasará nada si no toman una vez el medicamento para controlar la hipertensión arterial o la glucosa; Inhabilidad para solucionar problemas inmediatos o tomar decisiones en el aspecto familiar y médico; estilos de afrontamiento desadaptativos; estilos de vida

inadecuados con repercusión negativa en la salud, como por ejemplo beber alcohol en exceso, no llevar una dieta adecuada en el caso de pacientes con nefropatía, diabetes, hipertensión etc.; falta de habilidades para una búsqueda de información adecuada sobre su padecimiento y tratamiento que tiene como resultados la desinformación o la información inadecuada; el duelo por parte de los familiares del paciente y del propio paciente grave; crisis ante la noticia de un padecimiento crónico o de un tratamiento invasivo, por ejemplo la crisis por parte del paciente ante un diagnóstico de VIH o ante la noticia de la necesidad de un tratamiento con diálisis peritoneal; dolor ante procedimiento quirúrgico como la colocación de catéter de Tenckhoff para diálisis peritoneal; miedo, ansiedad, temor a la muerte.

- Con respecto a los problemas psicológicos experimentados por los pacientes en el área de hospitalización, éstos se abordaron implementando las técnicas cognitivo-conductuales, como la psicoeducación con respecto al padecimiento presentado por el paciente, entrenamiento en control psicofisiológico con técnicas de relajación para el manejo del dolor, ansiedad, estrés, miedo, angustia y la reestructuración cognoscitiva; solución de conflictos, toma de decisiones, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, intervención breve, manejo del duelo, Entrevista Motivacional.

La residente de segundo año fue la encargada de llevar a cabo la valoración de enfermos con insuficiencia renal crónica como candidatos al programa de diálisis peritoneal intermitente y se desarrolló un Protocolo como una propuesta de valoración, mismo que fue referido con anterioridad.

- Otro factor que resalta y que conforma un problema para la salud es el bajo nivel socioeconómico de la mayoría de los pacientes del hospital general, ya que la falta de recursos en todas sus dimensiones conforma a un paciente sin posibilidades económicas, cognitivas, sociales etc. y muchos de ellos incapaces por sí mismos de promover su propio bienestar y es la Medicina Conductual donde entra para

promover en ellos la salud y el bienestar con la intervención adecuada, en el aspecto cognitivo conductual.

- ◆ Se intervino con familiares de pacientes atendidos para establecer o mejorar y fortalecer las redes de apoyo y facilitar el trabajo en su recuperación.
- ◆ Se plantearon metas de intervención para cada paciente considerando su tiempo de estancia hospitalaria.
- ◆ Interconsultas: Se atendieron pacientes en el servicio de urgencias y cirugía general por medio de interconsultas, las problemáticas psicológicas más frecuentes observados en el área de urgencias fueron que el paciente o la paciente presentara sintomatología pero que no fuera cotejada por un diagnóstico médico o que el paciente presentara dolor intenso sin ceder al medicamento.

En el área de cirugía general en hospitalización fueron ansiedad y miedo ante procedimientos quirúrgicos, dolor en herida quirúrgica, falta de adaptación a la situación de enfermedad, desadaptación a la estancia hospitalaria, estilo de afrontamiento desadaptativo ante la situación de enfermedad.

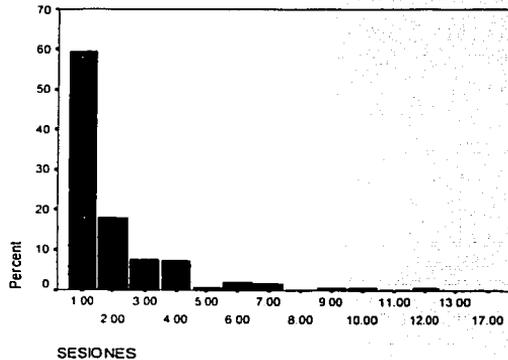
- ◆ También se ofreció atención en crisis a pacientes que así lo requirieron ya fuera que el médico lo solicitara o que se observara al paciente alterado.
- ◆ Se llevó a cabo la canalización al Instituto de Psiquiatría a cuatro pacientes, tres del servicio de hospitalización de cirugía general para su valoración y tratamiento, ya que presentaban conductas desadaptativas y una paciente del servicio de hospitalización de medicina interna por intento de suicidio para su tratamiento en la institución, ya que la paciente presentaba la idea de volver a intentar un suicidio.

- ◆ Se realizó una nota psicológica para cada paciente atendido tanto en la consulta externa como en el servicio de hospitalización y fue realizada para paciente derechohabiente y para el familiar en caso de haber recibido el servicio, siguiendo el formato SOAP que significa: subjetivo (S) lo que el paciente expresa verbalmente en cuanto a cómo se siente, que ha pensado o hecho, objetivo (O) lo que el terapeuta observa bajo criterios diagnósticos, Análisis (A) la integración de lo observado y el reporte del paciente, que podría traducirse como un diagnóstico y plan de tratamiento (P) donde se plantea el tratamiento o acción a seguir con el paciente.
- ◆ Con cada paciente se emitió un diagnóstico psiquiátrico basado en el CIE 10 y en el DSM-IV requerido para fines estadísticos por la institución.
- ◆ Cada fin de mes, se entregó el vaciado de los pacientes atendidos a la supervisora *in situ*, a la Jefa de la división de Medicina Interna, a la Jefa de la División de Enseñanza e Investigación y a la supervisora académica.
- ◆ Se asistió a las sesiones generales del hospital una vez por semana los martes a las 8:30 hrs, con temas médicos. Se asistió de manera irregular a las sesiones de caso una vez por semana, donde participaban residentes adscritos y estudiantes del área de medicina interna y cirugía general.
- ◆ Diariamente se registraron en dos libretas la hora de entrada y la hora de salida del hospital.

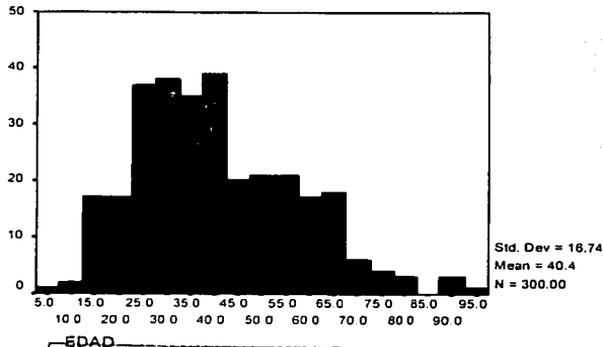
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.1. Estadística de pacientes atendidos

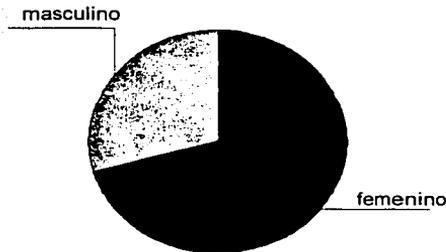
Durante este período se atendieron a 300 pacientes de los cuales el 65.66% correspondió a pacientes y el 34.34% correspondió a la atención de los familiares. Se ofrecieron 635 sesiones psicológicas de las cuales el 23.30% fue dedicado a los familiares de los enfermos. El 59.3% del total de las consultas se otorgaron a pacientes que se atendieron una sola vez, el 18% de las consultas a pacientes que se atendieron dos veces en el año, 7.3% de consultas a pacientes que se atendieron 4 veces y el resto más de cinco veces en el año como se muestra a continuación:



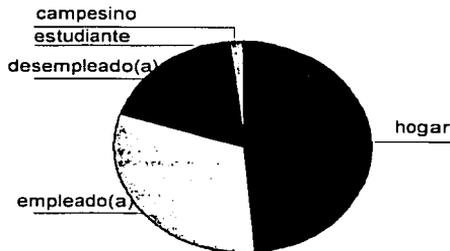
Con respecto a la edad, la media fue de 40 años con un mínimo de edad de 7 años y un máximo de 95 años como se muestra en la siguiente gráfica donde se observa su frecuencia:



El 70.7% de esta población fue de sexo femenino y el 29.3% de sexo masculino como lo muestra la siguiente gráfica:

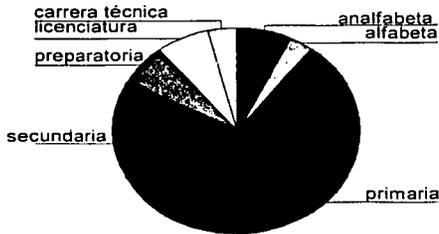


En cuanto a la ocupación de la población, el 48.3% de la población atendida se dedicaba a su hogar, el 31.7% estaba empleado, el 12.3% estaba desempleado, el 5.7% era estudiante y el 2% campesino como se muestra:

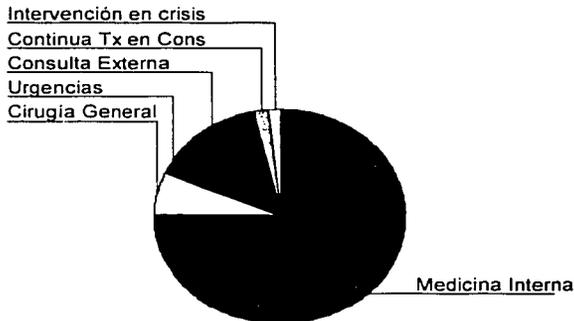


Con respecto a su escolaridad el 53% cursó la primaria, el 19% la secundaria, el 7.3% era analfabeta, el 7% tenía estudios de licenciatura, el 6.7% contaba con la

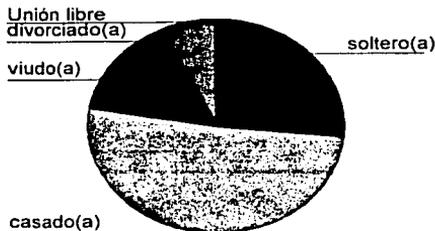
preparatoria, el 3.7% con carrera técnica y el 3.3 era alfabeto como lo muestra la siguiente gráfica:



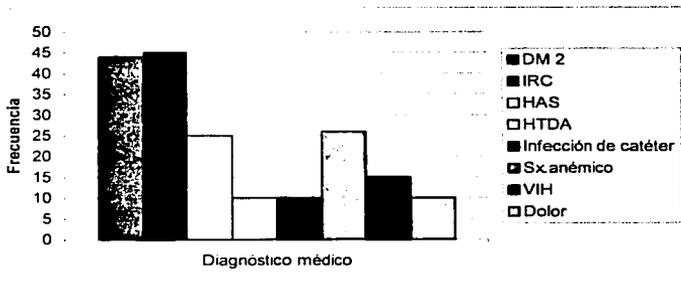
De los pacientes ya mencionados, el 75.3% se atendieron en el piso de medicina interna, el 11% en la consulta externa, el 6.3% en cirugía general, el 4% en urgencias, el 2% se atendió en la consulta externa para continuar su tratamiento iniciado en el piso de medicina interna durante su internamiento, y el 1.3% se intervino en crisis y se muestra su gráfica:



Con respecto a su estado civil el 51% de esta población estaba casado(a), el 26.7 era soltero(a), el 9% era viudo(a), el 7% vivía en unión libre y el 6.3% estaba divorciado(a):



Con respecto a los diagnósticos médicos más frecuentes encontrados en la población atendida, el 9.97% correspondió a insuficiencia renal crónica, el 9.75% fue para Diabetes Mellitus tipo 2, el 5.76% para Síndrome anémico, el 3.32% al diagnóstico de VIH y con un 2,21% por igual correspondió a los diagnósticos de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto, Infección de túnel de catéter y dolor. En la siguiente gráfica se muestran estos resultados explicados por su frecuencia:



Atención a pacientes con insuficiencia renal crónica

Durante el periodo de marzo de 2002 a febrero de 2003, fueron referidos para su valoración e intervención psicológica 40 pacientes candidatos al programa de diálisis peritoneal intermitente, con los cuales se trabajó con entrevista motivacional que permite conocer el grado de disposición al cambio de conductas específicas y permite estimular la motivación al cambio de conductas que no están establecidas en el estilo de vida del paciente. El objetivo de este programa de intervención psicológica fue la adherencia al tratamiento requerido y se trabajó con las siguientes conductas: alimentación, restricción de líquidos, toma adecuada y puntual de medicamentos, higiene, aceptación del tratamiento con diálisis (colocación de catéter blando) y asistencia puntual a citas.

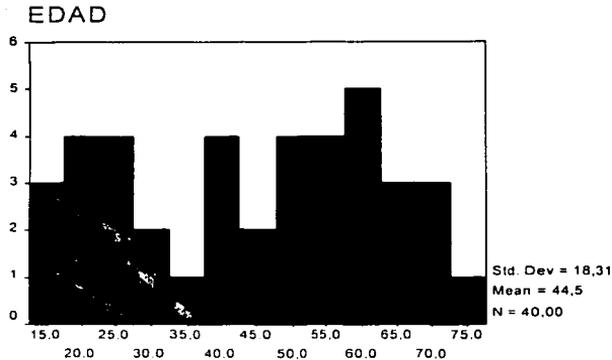
De los 40 pacientes candidatos a diálisis a 14 de ellos se valoró como aptos para ingresar al programa ya que de acuerdo a la entrevista motivacional se diagnosticaron como dispuestos al cambio de conductas requeridas, de los cuales 4 de ellos han fallecido, dos abandonaron el tratamiento y uno de ellos optó por ingresar al IMSS dada su situación económica.

De los pacientes restantes se diagnosticó como en fase de precontemplación o contemplación a 20 pacientes, es decir que los pacientes aún no habían reconocido que tenían un problema de salud importante o que lo reconocían pero estuvieron muy inseguros para tomar una decisión como la de ser tratados con diálisis o que no promovieron sus propios recursos para sostener un tratamiento con diálisis; cuatro pacientes decidieron que ingresarían al IMSS para su tratamiento y poder remediar el aspecto económico.

Y finalmente 2 pacientes se encontraban en proceso de valoración e intervención en la consulta externa.

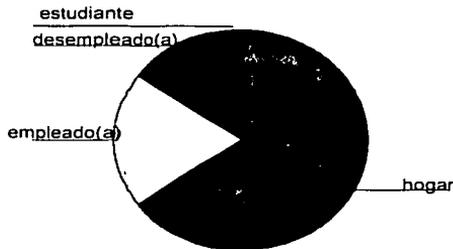
Los pacientes candidatos al programa contaban con las siguientes características:

La media de edad fue de 40 años, con un mínimo de 16 a un máximo de 73 años como lo muestra la siguiente gráfica:



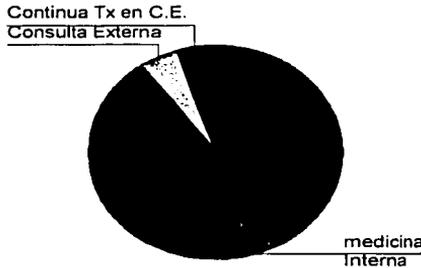
EDAD

El 70% de estos pacientes fue de sexo femenino y el 30% restante de sexo masculino. El 65% se dedicaba a su hogar, el 20% estaba empleado, el 12.5% estaba desempleado.

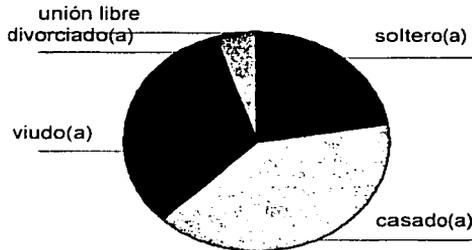


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El 90% de las intervenciones psicológicas con ellos se llevaron a cabo en el servicio de hospitalización de medicina interna y el 10% restante en la consulta externa como se muestra a continuación:



El estado civil para el 40% de estos pacientes fue casado, y para el 22.5% soltero y de igual proporción para viudo:



2.2.2. Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de las actividades

De las actividades profesionales

- Se desarrolló un programa de intervención para pacientes con insuficiencia renal crónica candidatos al programa de diálisis peritoneal intermitente para su tratamiento
- Se desarrolló la habilidad de entrevistar a pacientes
- Se desarrollaron habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico con la aplicación de instrumentos psicológicos
- Se practicaron intervenciones que favorecieron la adherencia a la terapéutica médica
- Se desarrollaron habilidades para la evaluación de las estrategias de intervención desarrolladas.

De las actividades diarias

- Se desarrollaron habilidades para la entrevista clínica en distintos pacientes
- Se desarrollaron habilidades para la evaluación conductual y diagnóstico
- Se realizó la evaluación conductual de los pacientes aplicando instrumentos para detectar: ansiedad, depresión, estrés psicológico, miedos y temores.
- Se practicaron intervenciones que favorecieron la adherencia a la terapéutica médica
- Se practicó el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento, autocontrol y técnicas de relajación con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados y de consulta externa

- Se desarrollaron estrategias de intervención que ayudaron a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
- Se ofrecieron alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir o apoyar problemas y/o complicaciones médicas.
- Se plantearon metas de intervención con cada paciente considerando el tiempo de estancia intrahospitalaria del mismo.

Con la práctica de actividades profesionales se desarrolló la habilidad en el trabajo multidisciplinario en el escenario clínico.

2.2.3. Evaluación de las actividades profesionales

Se considera que las actividades profesionales llevadas a cabo dentro del hospital contribuyeron a desarrollar las habilidades requeridas para la residente de primer año a través de la práctica psicológica que fue supervisada y retroalimentada constantemente dentro de la supervisión académica y la tutoría académica por lo que su ejecución fue mejorada y superada a lo largo de este período.

2.3. Actividades académicas dentro de la sede

- La supervisión académica proporcionó la revisión de padecimientos médicos más frecuentes en el área de medicina interna que fueron de vital importancia para poder proporcionar al paciente el tratamiento adecuado en el aspecto psicológico y la revisión de casos clínicos en el área de la psicología que brindaron a la residente apoyo y retroalimentación para la práctica profesional dentro de la institución. Otra actividad que proporcionó información relevante en el aspecto médico fue dado por los temas expuestos en las sesiones generales llevadas a cabo una vez a la semana durante una hora.

2.3.1. Evaluación de las actividades académicas

Se valora que las actividades académicas proporcionar información relevante para la práctica profesional, ya que este conocimiento fue de gran ayuda y relevancia para el mejor desempeño de la práctica psicológica dentro de la institución.

2.4. Asistencia a eventos académicos

Asistencia al taller "Manejo de diálisis peritoneal" realizado el 24 de abril de 2002 en el Hospital General de Atizapán.

- ◆ Ponente con el tema "Una intervención breve para el manejo del estrés en mujeres hospitalizadas del hospital de la mujer" presentado en la octava reunión de instrumentación en retroalimentación biológica, celebrada el 12 de julio de 2002, en el auditorio de posgrado de la Facultad de Psicología, UNAM.
- ◆ Asistencia a la octava reunión de instrumentación en retroalimentación biológica, celebrada el 12 de julio de 2002, en el auditorio de posgrado de la Facultad de Psicología, UNAM.

2.4.1. Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades

Para la residente de segundo año de Medicina Conductual, ha sido de gran importancia la asistencia a eventos académicos, ya que le han proporcionado experiencias e información importante para enriquecer su desempeño profesional.

3. EVALUACIÓN.

3.3. De la subsede

Se considera que el Hospital General de Atizapán brindó a la residente de segundo año de Medicina Conductual la oportunidad de aprender el manejo del paciente con enfermedades crónicas degenerativas a través del abordaje cognitivo conductual,

permitiendo el desarrollo de las competencias profesionales establecidas en el programa operativo de la UNAM.

3.2. Del programa operativo

El plan operativo estableció los lineamientos de trabajo en la estancia clínica y permitió la organización adecuada de actividades con el objetivo de alcanzar las competencias profesionales requeridas, tornando así el camino para conseguir esta meta.

3.2.1. Análisis del cumplimiento del Programa Operativo

Se establece que se cumplió en su mayoría lo establecido en el Programa Operativo, ya que se cumplieron las actividades establecidas y se puso en práctica la teoría, aplicada a las necesidades del paciente con una orientación cognitivo conductual y donde la residente interactuó en el escenario clínico de una manera interdisciplinaria cubriendo los objetivos del programa.

3.3. De los programas específicos desarrollados en la subsede

Se considera que el programa desarrollado para esta sede cubrió una de las necesidades del área de medicina interna, ya que la intervención psicológica es de suma importancia para evaluar e intervenir con los pacientes con insuficiencia renal crónica, candidatos al programa de diálisis peritoneal intermitente ya que el tratamiento consiste en la modificación de conductas específicas del estilo de vida y el mantenimiento de estas conductas a lo largo del tratamiento para promover que éste beneficie al paciente y mejore su calidad de vida.

3.4. De las actividades profesionales realizadas

Se valora que las actividades profesionales realizadas fueron muy enriquecedoras para la adquisición de competencias profesionales y brindaron el espacio para el desarrollo de habilidades necesarias para el cumplimiento de los objetivos del plan operativo planteado por la UNAM.

3.5. De las competencias profesionales alcanzadas

Se valora que se logró un buen nivel de competencias profesionales, se considera que fueron adquiridas, puestas en práctica y mejoradas de manera continua a lo largo de este primer año gracias a todos los elementos puestos a disposición tanto de parte de la Universidad como de la sede.

3.6. Del sistema de supervisión

3.6.1. De la supervisora *in situ*

El sistema de supervisión *in situ* ofreció gran apoyo al desarrollo de actividades dentro de la institución, especialmente en el aspecto administrativo y facilitó en todos los aspectos que la residente cumpliera con los objetivos planteados por el programa operativo.

3.6.2. De la supervisora académica

La supervisora académica brindó gran apoyo e interés dentro de la institución, ayudando a resolver problemas inmediatos en el aspecto profesional y personal, proporcionando en todo momento la participación profesional requerida con atención y calidez apoyando a la residente de segundo año de Medicina Conductual en su desempeño académico y profesional dentro de la institución.

Dentro de la asesoría se revisaron temas médicos como Diabetes Mellitus, Presión Arterial y su medición con baumanómetro. La supervisora llevó a cabo la lectura y revisión del protocolo presentado para los pacientes con insuficiencia renal crónica y una vez por semana se llevaban a cabo revisiones de casos clínicos, donde se analizaba la situación y se discutía el abordaje psicológico bajo técnicas cognitivo-conductuales.

4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

El servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán es un escenario perfecto, ya que ofrece una gama de posibilidades de aprendizaje dentro de los padecimientos crónico degenerativos donde se plantean los objetivos de la Medicina Conductual. Aquí se encuentran pacientes con enfermedades como la diabetes mellitus, enfermedad

pulmoral obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática por mencionar algunas de ellas y por otra parte enfermedades inducidas por la propia conducta del paciente tales como la insuficiencia hepática debida a una conducta incontrolada de beber alcohol o un daño renal debido a una conducta inadecuada de afrontamiento por intento suicida con medicamentos, en fin un lugar perfecto para observar cómo la conducta del ser humano inside en su enfermedad y cómo ésta misma puede insidir en su recuperación o mantenimiento de un estado óptimo.

Dentro de la sede la residente contó con la participación del personal médico, de enfermería y de trabajo social, aunque se sugiere una de las labores del psicólogo a realizar sea de sensibilización hacia un sector de los profesionales de la salud, ya que aún se observa la problemática del personal para trabajar de manera interdisciplinaria, en general el personal que aquí colabora entiende la importancia del abordaje psicológico en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. También se reconoce que el apoyo brindado a la residente de segundo año por parte de la jefa del servicio así como la supervisora *in situ*, fue muy importante para el desarrollo de las actividades en esta área, ya que el trabajo con pacientes con enfermedades crónico degenerativas no es fácil ya que existe el enfrentamiento constante con conductas arraigadas y en muchos de los casos muy destructivas pero donde el propio paciente encuentra beneficios que de alguna manera refuerzan estas conductas inadecuadas, la dificultad del trabajo con estos pacientes también radica en que los cambios observados son lentos y es importante la constancia del paciente y del trabajo psicológico, en donde cualquier avance por pequeño que sea es digno de reconocimiento y puede no ser obvio a la vista de los demás.

En la experiencia personal fue gratificante saber que nuestro trabajo apunta a uno de los puntos más difíciles del ser humano que es el aspecto de las cogniciones reflejado en conducta y que allí donde parece que no se puede hacer nada, logramos mover al paciente hacia zonas antes no conocidas para él o ella, incluso logramos con nuestro trabajo, que bajo miradas incrédulas de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y el propio paciente se lleven a cambio cambios importantes como sacados de la magia.

Puedo subrayar de manera personal mi dificultad para incorporarme en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, ya que durante la experiencia anterior

en el Hospital de la Mujer, en su mayoría, el trastorno psicológico relacionado a la enfermedad, se resolvía con el nacimiento del bebé y los resultados podían observarse en un tiempo relativamente rápido, sin embargo el trabajo con pacientes con padecimientos crónicos incorpora un esfuerzo extra por parte del psicólogo dada la patología médica de base y donde intervienen situaciones diferentes.

El Hospital General de Atizapán brindó como sede un espacio donde se lograron los objetivos propuestos bajo el Programa Operativo de la U.N.A.M., aunque se observó que aun no hay espacios adecuados para los residentes de Medicina Conductual ya que no existen espacios para que los objetos personales permanezcan seguros y no se cuenta con desayunos ya que estos sólo se otorgan a los residentes y estudiantes que cumplan con guardias. Se sugiere en este punto que la Universidad pueda pactar espacios para los objetos personales y espacios adecuados para la atención de los pacientes y sus familiares en el área de hospitalización ya que éstos son atendidos en asientos del pasillo de manera no privada.

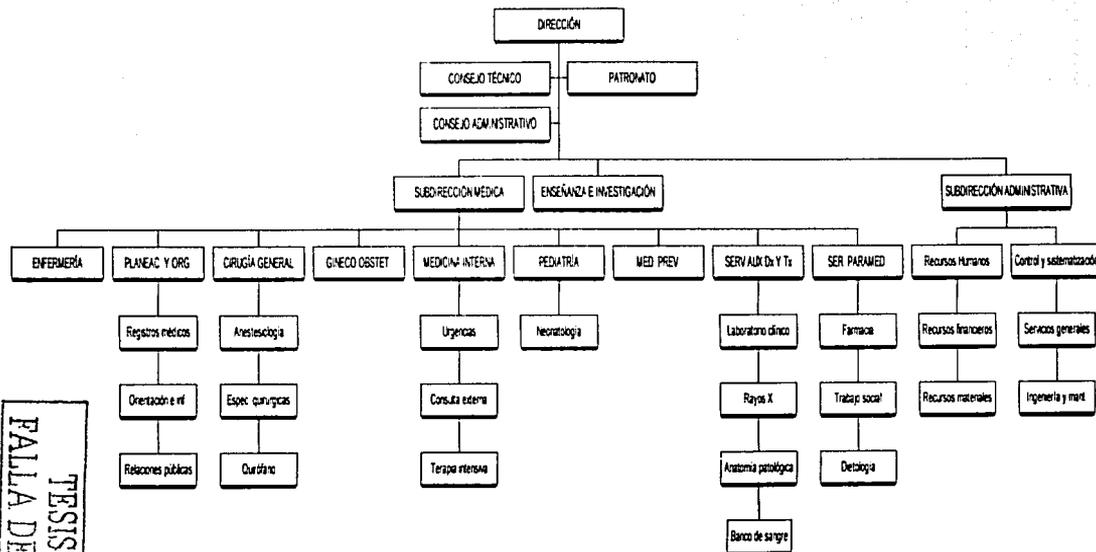
Se considera que el programa operativo propuesto por la U.N.A.M. fue adecuado ya que se observa actualizado a las necesidades del hospital y congruente con las situaciones que ésta exigió a la residente, por otra parte, las autoridades se mostraron condecoradas de este plan y en todo momento se mostraron respetuosas de las situaciones que la Universidad planteaba, esto facilitó enormemente la situación de aprendizaje de la residente de segundo año y permitió que su desarrollo estuviera centrado en los elementos que el hospital ofrecía y que sus conocimientos fueran aplicados bajo la valiosa supervisión del tutor académico, de la supervisora académica y profesora de la U.N.A.M. que en todo momento brindaron supervisión teórica, metodológica y práctica apoyando a la residente para desarrollar las habilidades necesarias para las competencias profesionales establecidas y alcanzadas.

A continuación se presentan en el anexo por orden de mención, la información y trabajos desarrollados durante esta experiencia profesional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

“ Una intervención breve para el manejo del estrés en mujeres hospitalizadas del hospital de la mujer”

Fundamentación teórica

Existen múltiples aspectos psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo (Flores,1998). En el caso del embarazo normal, se ha observado que las mayores frecuencias de percepción de peligro se dan en relación con la salud y normalidad del niño, la condición del recién nacido en el momento del parto , los efectos de la anestesia, la contracepción después del parto, la pérdida del atractivo físico y los problemas financieros derivados de la atención médica (Light y Fenster, 1974 citados en Flores, 1998).

En el embarazo de alto riesgo se incrementa el estrés que experimenta la madre gestante porque esta condición implica una mayor exigencia en términos de servicios de salud especializados, porque implica mayores demandas para ella misma pues incrementa su responsabilidad por el bienestar fetal, porque implica procedimientos médicos especializados que se practican con mayor frecuencia que en el embarazo normal (Ej. Mayor monitoreo fetal), porque puede implicar hospitalización, porque puede implicar un eventual desembarazo antes de término, a través de cirugía (que implica anestesia, malestar, etc.) y los peligros que conlleva a la salud de la madre y del hijo. Esto se ha confirmado en investigaciones como la de Goulet, Polomeo y Harel (1996, citado en Flores, 1998) quienes encontraron la existencia de estresores propios del embarazo y de estresores asociados al alto riesgo; El trabajo de Esquinca (1989) quien encontró una mayor frecuencia y severidad de depresión en pacientes de embarazo con alto riesgo comparadas con pacientes con embarazos de evolución normal; así como en el trabajo de Florez (1997) sobre estresores en pacientes con preeclampsia , en el cual se observó la presencia de eventos estresantes propios del embarazo normal y otros exclusivos del alto riesgo (Flores, 1998).

La exposición a situaciones psicológicamente estresantes que causan ansiedad pueden resultar en un cambio importante a nivel fisiológico. El mecanismo de la excitación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

emocional es la repetición de la "respuesta de emergencia" o la reacción para la "lucha o huida".

La tolerancia general al estrés de una persona está determinada por factores fisiológicos. Independientemente de que la tensión se experimente de manera emocional, siempre existen consecuencias fisiológicas.

El estrés es simplemente una influencia, no una influencia negativa en sí; solamente se convierte en ello cuando el cuerpo ha "procesado" el acontecimiento (Terrass, 1994). Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984: citado por Smith, 1992) ha propuesto que: el estrés es un proceso transaccional que incluye no sólo la activación, sino también los estímulos externos, los recursos de afrontamiento y la valoración cognoscitiva. Algunas de las acciones más corrientes ante un estímulo o un acontecimiento estresante pueden ser: tensión, rigidez muscular, sudoración, estado de hiperalerta, alteración del ritmo respiratorio, aumento del latido cardiaco (Terrass, 1994).

Una situación estresante produce una reacción en cadena específica en el organismo. El propósito fundamental de esa reacción es compensar la tensión, de forma que el organismo recupere su equilibrio normal (homeostasis) lo antes posible. El equilibrio sólo se logra si éste se adapta posteriormente a los requerimientos de la situación. Este proceso de equilibrio se conoce como "síndrome general de adaptación". (Terrass, 1994).

Cannon (1929; citado por Wall y Melzack, 1989) determinó la reacción "pelea o huida"(fight or flight). En ésta ocurre la dominancia simpática adrenérgica, con la inhibición vagal, preparando al organismo con incrementos masivos de energía necesaria para una respuesta de emergencia (citado por Wall y Melzack, 1989).

El problema en el hombre actual radica en el mantenimiento del mismo tipo de respuesta de emergencia o de estrés pero ante situaciones o estímulos que no requieren, realmente, ni por su cualidad ni por su intensidad, ese nivel de respuesta. El hombre de hoy no reacciona con estrés sólo ante auténticas situaciones de peligro físico, de igual modo al que lo haría el hombre primitivo, sino que lo hace ante una gran variedad de estresores, principalmente de tipo social, psicológico o emocional percibidos por el

individuo como amenazantes. La reacción actual del individuo ante una situación de estrés tiene lugar básicamente a nivel cognoscitivo y fisiológico y no tanto a nivel de expresión física o de conducta manifiesta (Carrobbles y Godoy, 1991).

La relajación es la contraparte fisiológica de la respuesta de estrés. Se caracteriza por un decremento en el consumo de oxígeno, de la presión sanguínea, de las tasas cardíacas y respiratoria y una estabilización del flujo sanguíneo muscular (Hoffman y Benson, 1982 citados por Stuart, Friedman y Benson, 1999).

Las terapias de relajación incluyen procedimientos como: **la relajación muscular progresiva**, que se enfoca en la reducción del tono muscular en los grupos musculares principales. Cada uno de los 15 grupos musculares mayores son tensados y después relajados en una secuencia repetitiva; **la respiración diafragmática**, se enseña a ejercitar control voluntario sobre la respiración, centrándose por la vía de la nariz más que por la boca; predominancia diafragmática más que por el tórax. Para Ley (1989) el entrenamiento en respiración constituye la promesa de ser una técnica importante en la terapia conductual y considera que la respiración podría ser también el puente entre psicología y fisiología. Por lo que considera que el respirar es el corazón de la materia; **el entrenamiento autogénico** que requiere imaginar ambientes muy serenos y evocar sensaciones corporales de comodidad utilizándose las siguientes técnicas, para enfocarse en estos procedimientos: sensaciones de calor en las extremidades, regulación cardíaca, centrarse en la respiración, sensaciones de tibieza en el abdomen superior y sensaciones de frío en la frente.

Otra práctica común para inducir relajación es la **imaginación visual guiada**, que consiste en sugerir al paciente que fije su mente en (o deje aparecer) una imagen visual específica. Obviamente, el paciente debe evaluarse cuidadosamente de antemano para sugerir la imagen correcta (una que sea relajante, placentera y distractora) (Domínguez, 1996); La **Retroalimentación Biológica (RAB)**, es una técnica terapéutica que requiere el uso de instrumentos electrónicos de alta precisión para medir, procesar e indicar la actividad inmediata de varios procesos corporales de los que la persona normalmente no se percató, de tal manera de que el paciente tenga la oportunidad de cambiar y de desarrollar un control benéfico sobre dichos procesos (Carrobbles y Godoy, 1987); además

de permitir el control voluntario de funciones corporales dependientes del sistema nervioso autónomo, la importancia de la RAB para la psicología clínica experimental y de la salud radica en la posibilidad que ofrece para estudiar los procesos que contribuyen a la producción de la experiencia emocional (Aguilar, 1991). La utilización de la RAB es útil para el manejo del estrés porque los equipos de la RAB proporcionan información inmediata sobre las condiciones biológicas del individuo y al indicar la actividad inmediata de varios procesos corporales como la temperatura periférica, la sudoración, la tensión o relajación de los músculos etc. ayuda a determinar objetivamente que tan tensos o relajados están los músculos, que tan frías o calientes están las manos, que tanta sudoración está presente y que tan rápido está latiendo el corazón coadyuvando de manera importante al favorecer la adquisición y desarrollo de habilidades de autorregulación emocional (Domínguez, 1993).

Todos estos procedimientos pueden inducir relajación cuando se aplican apropiadamente. La eficacia del tratamiento no farmacológico está bien establecida. En este contexto, las intervenciones no farmacológicas pueden emplearse como un apoyo a la terapia farmacológica de aquellas pacientes con algún padecimiento. Las ventajas de este abordaje terapéutico son la reducción de los efectos adversos farmacológicos y de los costos (Friedman, Stuart y Benson, 1993). De acuerdo con Schneider (1987) quien hizo una revisión de la literatura del costo/beneficio de las aplicaciones de medicina conductual principalmente entrenamiento de relajación asistido por retroalimentación biológica, en el tratamiento de enfermedades físicas (hipertensión, dolor de cabeza tensional, migraña, etc.) y el dolor, tomando en consideración: reducciones de visitas al médico y/o reducción en el uso de medicamentos, decrementos en los costos del cuidado médico a pacientes, reducción en días de permanencia en el hospital y de rehospitalización, reducción de mortalidad y aumento de calidad de vida. Encontró que las aplicaciones de la medicina conductual tienen un costo beneficio en todas las dimensiones revisadas.

Con los antecedentes antes descritos se justifica emplear las técnicas cognitivo-conductuales para ayudar a la paciente hospitalizada a manejar el estrés provocado por diversas situaciones personales. Con base en esto se evaluó el impacto de las técnicas en dos de las manifestaciones del estrés emocional, la ansiedad y la depresión.

Objetivo

Proporcionar estrategias para que las pacientes hospitalizadas modifiquen sus niveles de ansiedad y depresión.

Método

Participantes: 31 pacientes de sexo femenino hospitalizadas en el tercer piso del Hospital de la Mujer.

Situación de aplicación: Se aplicaron las técnicas en una sala de embarazo de alto riesgo en el tercer piso del "Hospital de la mujer", todos los miércoles del mes de septiembre de 2001 en un horario de 11:00 a 12:00 horas. Y todos los viernes del mismo mes en la sala de puerperio complicado en la sala de pacientes infectadas en el mismo horario.

Instrumentos de medición:

- Inventario de depresión de Beck. Es una escala que mide la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cuenta con un coeficiente de alfa para muestras clínicas de 0.86 y para muestras no clínicas de 0.81. En México fue validado y confiabilizado por Cárdenas, Méndez y Villegas (1998) en 1508 personas adultas. La confiabilidad de consistencia interna fue de alfa de Cronbach = 0.87.
- Inventario de ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE). Consiste en dos escalas separadas de autoevaluación impresas en una sola hoja. Cada escala cuenta con 20 afirmaciones que miden dos dimensiones distintas de ansiedad: 1. ansiedad- estado (A Estado) que se refieren al estado emocional transitorio del sujeto. 2. ansiedad-rasgo (A Rasgo) que se refiere a la diferencia de las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la A estado. El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable, no tiene límite de tiempo requiriéndose de menos de 20 minutos para contestar las dos escalas (Spielberger y Díaz, 1975).

Diseño:

Se utilizó un diseño pretest- postest de un solo grupo O 1 X O2 (Campbell y Stanley,(1982). "O" es la inicial de observación, se refiere al conjunto de registros de un grupo de sujetos en una determinada variable dependiente. Los subíndices 1 y 2 indican una secuencia temporal. La X indica que se ha producido un tratamiento o intervención (León y Montero, 1997).

Variables**- Variable Independiente:**

Programa de intervención psicológica con enfoque cognoscitivo conductual que incluyó: Psicoeducación, reestructuración cognoscitiva y relajación autogénica.

- Variables Dependientes:

- Puntaje del Inventario de depresión de Beck
- Puntaje del Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE)
- Medición de la temperatura periférica.

Variables sociodemográficas:

Se identificaron a través de un formato las siguientes variables; edad, diagnóstico, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil.

Procedimiento

Se entregó el protocolo de investigación al jefe del área de embarazo de alto riesgo y de puerperio complicado y a las jefas de enfermeras de dichas áreas del hospital, para obtener la colaboración del personal.

Fase de selección: Se invitó a un número limitado de pacientes a participar en la sesión y se les explicó el objetivo de éste. Se les pidió firmar una carta de consentimiento informado en donde se explicó por escrito en lo que consistiría la sesión.

Luego se aplicaron los cuestionarios para evaluar Ansiedad y Depresión y se pasó a la siguiente fase a la hora establecida.

Fase de Tratamiento: El tratamiento estuvo constituido por una sesión de una hora, durante el mes de septiembre los días miércoles para la sala de embarazo de alto riesgo y los días viernes en la sala de puerperio complicado en un horario de 11:00 a 12:00 horas.

Procedimiento:

- Monitoreo de la temperatura periférica.

Para llevar a cabo la medición de la temperatura periférica, se colocó en la fosa tabaquera de la mano izquierda o derecha de la paciente, el termómetro de alcohol adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol. Explicándole a la paciente el funcionamiento y la finalidad de éste.

- Presentación.

Las psicólogas se presentaron formalmente ante el grupo y se llevó a cabo la presentación del taller.

- Objetivo del taller.

Se revisó y expuso a las pacientes el objetivo del taller.

- Presentación de las pacientes.

Las pacientes se presentaron por su nombre para integrarse al grupo.

- Información sobre la respuesta del estrés y la relajación.

Se explicaron los cambios fisiológicos como resultado del estrés y la relajación.

- Reestructuración Cognoscitiva y estilos de afrontamiento.

A través de la técnica de lluvia de ideas, se les solicitó a las participantes que expresaran aquellas situaciones generadoras de estrés, durante su estancia en el hospital; se identificaron las causas, los pensamientos, sentimientos, las conductas que generan estas situaciones y los estilos de afrontamiento utilizados.

Se les explicó qué es el estrés y de qué manera se manifiesta.

- Ejercicio de relajación autogénica.

Se llevó a cabo el entrenamiento en relajación autogénica. El entrenamiento autogénico se realizó de acuerdo a las instrucciones presentadas por Nieves y Vila, 1991. Esta

técnica de relajación fue desarrollada por Schultz y Luthe (1959) e implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende primero a relajar varios grupos de músculos. Los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de lo cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subvocalmente: " mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repite para todas las áreas musculares importantes (Pikoff, 1984).

- Medición de temperatura periférica.

Fase de post- evaluación:

Se llevó a cabo una evaluación final, al terminar la sesión, en donde se proporcionaron los instrumentos de medición aplicados antes de la sesión.

Recursos utilizados

Con respecto al espacio físico, las intervenciones se llevaron a cabo en una sala de embarazo de alto riesgo y en el área de puerperio complicado. Para la exploración de síntomas de ansiedad y depresión se utilizaron como instrumentos el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y para la medición de la temperatura periférica, termómetros de alcohol. Por último cabe mencionar la valiosa participación de médicos y enfermeras que respetaron el tiempo y el espacio utilizados para tal finalidad.

Resultados

Se analizaron los resultados de las pacientes de la sala de embarazo de alto riesgo y de puerperio complicado de manera conjunta ya que éstos fueron similares, es decir, no se encontraron diferencias en los resultados de sus valoraciones.

Los datos se analizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS, por sus siglas en inglés, realizando porcentajes para datos sociodemográficos y se utilizó la t de Student para datos apareados para comparación de medias de las valoraciones de pretest y postest de los datos brutos de los instrumentos de ansiedad y depresión y de la temperatura periférica.

Se aplicó el tratamiento psicológico a 31 mujeres hospitalizadas. Con una edad promedio de 29.27 años, dentro de una edad mínima de 16 y máxima de 53 años. Con respecto al diagnóstico, el 37.93% de las pacientes padecía diabetes gestacional, 6.84% preeclampsia, 6.84% diabetes mellitus, 6.84% prediabetes, 6.84% infección de herida quirúrgica posthisterectomía, 6.84% endometritis, 6.84% legrado e infección post cesárea, también hubo un 3.44% para anemia, hipertensión, abseso y condilomas.

Con respecto a la escolaridad el 31.03% de las pacientes cursaron la primaria y un porcentaje igual, cursaron la secundaria, un 17.24% cursó la preparatoria, 13.79% cursó una carrera técnica y el 6.84% cursó una carrera comercial.

También se observó que el 86.20% de las pacientes se dedicaban al hogar, 3.44% como obreras, así como también comerciantes, empleadas y asistentes educativas con el mismo porcentaje.

En el bloque de estado civil, el 44.82% de las pacientes eran casadas, mientras que el 41.37% estaban en unión libre con sus parejas y el 13.79% eran solteras.

Para las puntuaciones del pretest del instrumento de ansiedad-estado, se obtuvo una media de 41.83, moda de 40, puntaje mínimo de 25 y máximo de 64. Para las puntuaciones del pretest del instrumento de ansiedad rasgo, la media de los datos fue de 41.80, moda de 33, puntaje mínimo de 28 y máximo de 64. Para la escala de depresión de Beck se obtuvo una media de 39.19, moda de 33, valor mínimo de 25 y máximo de 61.

Para las puntuaciones del postest para el instrumento de ansiedad-estado, se obtuvo una media de 35, moda de 30, valor mínimo de 21 y máximo de 53. Para el instrumento de ansiedad-rasgo se obtuvo una media de 41.61, moda de 43, valor mínimo de 29 y máximo de 64. Para el inventario de depresión de Beck se obtuvo una media de 39.61, moda de 31, valor mínimo de 24 y máximo de 59.

A continuación se expondrán estos datos en una tabla:

	PRETEST			POSTEST		
	Ansiedad d Estado	Ansiedad d Rasgo	Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad d Rasgo	Depresión
Media	41.83	41.80	39.19	35.09	41.61	39.61
Moda	40	33	33	30	43	31
Desv.est	9.15	8.52	8.48	8.25	8.58	8.67
Rango	39	36	36	32	35	35
Mínimo	25	28	25	21	29	24
Máximo	64	64	61	53	64	59

Con respecto a los datos tratados con la prueba estadística t de Student, la escala de ansiedad-estado, fue significativa al .002. Siendo la única prueba en donde cualitativa y cuantitativamente se encontraron diferencias.

A continuación se expondrán los datos en la siguiente tabla:

	PRETEST	POSTEST
Escala de Ansiedad Estado	Ansiedad Extrema	Ansiedad Leve
Escala de Ansiedad Rasgo	Ansiedad Extrema	Ansiedad Extrema
Escala de Depresión	Sin patología	Sin patología

Para la temperatura periférica en grados F, se obtuvo en la primera medición, antes del ejercicio de relajación, una media de 90.91°F, moda de 91°F, desviación estándar de 2.14, rango de 11.50, valor mínimo de 82.50°F y máximo de 94°F.

Después del ejercicio de relajación se obtuvo una media de 91.60°F, moda de 92°F, desviación estándar de 1.01, rango de 5, medición mínima de 89°F y máxima de 94°F.

Se obtuvo una correlación de .000, es decir, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los datos entre las mediciones iniciales contra las finales.

A continuación se presenta una tabla de los datos sobre temperatura periférica:

	PRETEST	POSTEST
Media	90.91	91.60
Moda	91	92
Desv.est.	2.14	1.07
Rango	11.50	5
Mínimo	82.50	89
Máximo	94	94

Conclusiones y sugerencias

A través de este estudio se observó cómo una intervención de una sesión de una hora, permitió que las pacientes transitaran de un estado de ansiedad a otro, identificado por los resultados obtenidos en la forma de ansiedad estado del IDARE, ya que en promedio, las pacientes pasaron de un estado de ansiedad extremo a un estado de ansiedad leve. Sin embargo, se debe tener mucho cuidado con esta interpretación ya que si bien se demostró su efectividad sobre la ansiedad experimentada en ese momento no garantiza que la paciente pueda mantener este estado, por lo que se sugiere para futuras investigaciones la evaluación de la ansiedad en otros momentos y la repetición del ejercicio de relajación como entrenamiento y en su defecto valorar la implementación de otra técnica cognitiva para que la modificación de ansiedad observada a través del IDARE sea mantenida en el tiempo en la situación hospitalaria.

Con respecto a los datos obtenidos por los registros de temperatura periférica, se observó que en promedio la temperatura de las pacientes aumentó 1.6°F, dándonos un correlato fisiológico de la vasodilatación periférica que ocurrió durante la intervención psicológica, en este punto se resalta que esta variación pudo haber influido dando como resultado la modificación en el resultado de ansiedad estado, con lo que se vuelve a subrayar la medida en la interpretación de estos datos expuestos.

Estos dos elementos indican que una intervención de estas características ayuda a manejar efectivamente el estado de ansiedad inmediato de las pacientes, el cual tiene

J.A.G.

repercusiones en su respuesta corporal y que pudiera ayudar en la recuperación de la paciente. Desafortunadamente en este trabajo de investigación, no se tomaron datos alternativos de un grupo control o mediciones posteriores para poder observar en qué términos se modificaba o no la evolución de las pacientes, por lo que se recomienda en trabajos futuros tomar en cuenta estos puntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Programa de Intervención psicológica para pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética para su ingreso al programa de diálisis peritoneal intermitente”.

MARCO TEÓRICO

Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, caracterizada por hiperglucemia secundaria a una deficiencia en la acción o en la cantidad de insulina indispensable para transportar la glucosa a las células del cuerpo y que si no se trata de manera adecuada puede provocar alteraciones metabólicas agudas o trastornos crónicos que deterioran la estructura y la función de diversos órganos.

Con respecto a la clasificación de la enfermedad, los dos tipos más frecuentes de diabetes mellitus primaria son la diabetes mellitus tipo 1 (antes insulino dependiente) y la tipo 2 (antes no insulino dependiente), las cuales ocupan cerca del 98% de los casos. Los otros tipos de diabetes se deben a enfermedades que afectan al páncreas y lo destruyen parcial o totalmente, o bien a otras alteraciones de las células beta pancreáticas, la insulina, los receptores celulares de la insulina o diversos factores que contrarrestan la acción de la insulina.

Existen características distintivas para cada uno de los dos tipos más frecuentes de diabetes, de esta forma la característica esencial para el tipo 1 es la necesidad absoluta de insulina exógena para evitar cetoacidosis y la muerte, la mayor parte de estos casos comienzan alrededor de los 11 ó 12 años y más del 90% se diagnostica antes de los 20 años de edad; esta enfermedad es originada por la pérdida de la capacidad de producir y secretar insulina (pérdida de células beta en el páncreas) por predisposición genética, infección viral o respuesta autoinmunitaria (Fratí y Ariza, 2002); el tratamiento fundamental para este tipo de diabetes es la insulina exógena que el paciente deberá recibir toda su vida, los hipoglucemiantes orales no son útiles, también se requiere de una nutrición adecuada donde se enfatiza la regularidad del horario y el contenido energético, también el ejercicio físico contribuye a mejorar el control de la glucemia, a disminuir los requerimientos de insulina exógena, a mantener el peso corporal y a reducir los factores de riesgo cardiovascular.

La característica fundamental para la diabetes tipo 2 es la posibilidad de ser controlada con medidas terapéuticas no farmacológicas o con hipoglucemiantes orales, sin la necesidad de aplicar insulina endógena cuando menos durante muchos años, esta forma de diabetes es la más frecuente y comprende más del 90% de los diabéticos en México; su prevalencia aumenta con la edad y el sobrepeso. La influencia de estos dos factores y quizá también de cambios en el estilo de vida, es significativa en la tendencia mundial de aumento progresivo de su prevalencia. La diabetes tipo 2 tiene un origen incierto pero sus factores más importantes son la predisposición genética, resistencia a la insulina y secreción defectuosa de insulina (Fрати y Ariza, 2002).

Las medidas de tratamiento más importantes para la diabetes tipo 2 son las no farmacológicas; esto es el seguimiento de una dieta, donde se enfatiza la reducción del aporte energético y la realización de ejercicio, asistidas por hipoglucemiantes orales y en ocasiones insulina sobre todo después de una larga evolución de la enfermedad.

En general los objetivos terapéuticos en cualquier tipo de diabetes mellitus son los siguientes:

- Alcanzar un control metabólico normal
- Prevenir las complicaciones y
- Lograr o conservar una buena calidad de vida. Cella y Cherin definen a la calidad de vida como la apreciación y satisfacción del nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que se percibe como posible o ideal. De acuerdo con esta definición, dos factores principales determinan la calidad de vida: el nivel actual de disfunción y habilidad del individuo para tolerarlo (Lindley, 1992). Young y Longman definen calidad de vida como el grado de satisfacción en que son percibidas las circunstancias de la vida cotidiana (Padilla y Grant, 1985).

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su salud. De esta forma, necesita aprender nueva información relevante para entender la enfermedad, es decir, los signos y síntomas de su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en sus creencias y deberá

aprender habilidades de afrontamiento específicas, lo cual lo expone a llevar la difícil tarea de realizar cambios importantes en su estilo de vida, confrontándolo frecuentemente a sus creencias.

Con base en esto, la Medicina Conductual ofrece un importante apoyo con este tipo de pacientes que padecen de una enfermedad crónica degenerativa como es la Diabetes mellitus, ya que se puede trabajar e incidir en el cumplimiento terapéutico por parte del paciente, es decir en la modificación de aspectos específicos del estilo de vida del paciente como lo necesario en el tratamiento de la Diabetes mellitus antes mencionado y estimular la adherencia al tratamiento.

Cuando hablamos de adherencia terapéutica o al tratamiento nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

El término adherencia es usado para demostrar el grado en que una conducta en términos de tomar o aplicar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida, coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987), e implica un papel activo voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (Kisteller y Rodin, 1984).

La no adherencia también se ha definido como la incapacidad o renuncia de los pacientes para adherirse a un régimen de tratamiento y es un problema importante en todo el mundo, a todos niveles y especialidades de la atención a la salud, con respecto a la Diabetes Mellitus Ceroney y Hart (1980) reportaron que sólo el 7% de pacientes diabéticos se adhieren a todas las recomendaciones necesarias para el adecuado control de la diabetes. En un estudio realizado por Watkins, Roberts, Williams, Martin y Coyle (1967), el 80% de pacientes diabéticos administró incorrectamente la insulina, el 73% no siguió las instrucciones en su dieta, 50% no realizó los cuidados apropiados del pie y el 45% no hizo la prueba de orina correctamente. Estas cifras resultan alarmantes dado el

impacto en la salud al no mantener un control metabólico normal a lo largo de años de evolución de la enfermedad puede llevar a que se complique el estado del paciente de forma aguda o crónica y que puede tener como resultado a la muerte como se explica a continuación.

Complicaciones de la enfermedad Diabetes mellitus tipo 1 y 2

La diabetes mellitus puede complicarse en forma aguda por:

1. trastornos derivados del tratamiento como la a) hipoglucemia, que es la disminución de glucosa en sangre (<70 mg/dl), y la b) acidosis láctica, que es una complicación aguda extremadamente grave y es un estado de cetoacidosis ocasionado por acumulación de ácido láctico corporal.
2. Infecciones agudas (causa más frecuente de descontrol metabólico agudo y en ocasiones conducen a la muerte) o descompensación metabólica que se manifiestan mediante dos cuadros clínicos: a) cetoacidosis diabética que es un cuadro agudo que se caracteriza por hiperglucemia, deshidratación, acidosis metabólica, cetonemia y cetonuria y el b) síndrome hiperglucémico heperosmolar no cetósico (coma hiperosmolar) que se caracteriza por hiperglucemia y deshidratación graves sin cetoacidosis. Todos son urgencias médicas, pues si no se tratan con rapidez pueden causar la muerte.

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus son de evolución muy prolongada, suelen ser progresivas o permanecer estacionarias, pero no son reversibles, salvo raras excepciones, su importancia reside en que provocan la mayor parte de los casos de muerte prematura, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones y deterioro en la calidad de vida del diabético.

En la actualidad existen evidencias suficientes de que estas complicaciones se deben a la hiperglucemia prolongada. Las complicaciones crónicas pueden dividirse en Metabólicos, Macroangiopatía, Microangiopatía que a continuación se describen brevemente:

- a. Metabólicos. De las múltiples consecuencias metabólicas de la hiperglucemia, las más importantes de las complicaciones crónicas son la glucación de proteínas (unión de glucosa con las proteínas en una reacción no medida por enzimas), la activación de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

via de los polioles y la dislipidemia. Las alteraciones metabólicas condicionan a Neuropatía, que es una afección de los nervios craneales o periféricos, Catarata, Lipoatrofia, Contracturas tendinosas,

- b. Macroangiopatía. Que es la aterosclerosis y no es exclusiva de la diabetes pero es más temprana e intensa en los diabéticos que en población no diabética, sus consecuencias (infarto del miocardio, enfermedad cerebrovascular) son la primera causa de muerte (~80%) en la diabetes mellitus. La aterosclerosis influye de manera decisiva en otras complicaciones de la diabetes como 1. Pie Diabético, que se debe a la combinación de neuropatía, isquemia (macroangiopatía y microangiopatía), infección sobreañadida y con frecuencia traumatismos que pueden iniciar la secuela de ulceración, infección, gangrena y amputación, 2. Cardiopatía Diabética y 3. Nefropatía o enfermedad renal.

Existen diversas causas por las que la aterosclerosis se acelere en la diabetes mellitus como la alta frecuencia de hipertensión arterial, trastornos de los lípidos sanguíneos, alteraciones sutiles en la coagulación (adhesividad plaquetaria y fibrinógeno aumentados, fibrinólisis disminuida) que favorece a la formación de trombos y la coexistencia frecuente de otros factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo (Frati y Ariza, 2002).

- c. Microangiopatía. Se refiere a las alteraciones estructurales y funcionales de los capilares y pequeños vasos, donde la alteración fundamental es el engrosamiento de la membrana basal de los capilares, que no es específico de la diabetes mellitus, ya que se observa también en relación con la edad, pero en los diabéticos ocurre más temprano y en mayor magnitud. Se observa un trastorno en la microcirculación, isquemia e infarto de estructuras dando paso a la Retinopatía donde la microangiopatía ocasiona oclusión vascular e hipoxia, Nefropatía, Glaucoma neovascular y otras.

La mortalidad directa o indirecta por diabetes mellitus es elevada, en México, en individuos con diabetes mellitus tipo 2 por cualquier causa se encontró un 40% de incremento en el riesgo de muerte respecto a la población general y la causa más común en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular y en segundo lugar la Nefropatía Diabética (Frati y Ariza, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como ya se ha mencionado a lo largo del texto, las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus dan lugar por diversas vías a enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente que las padece y dadas las características de este trabajo se dará énfasis a la Nefropatía diabética que es una de las complicaciones más delicadas y que en su etapa más avanzada da lugar a la Insuficiencia Renal Crónica, que condiciona y enfrenta al paciente a tomar nuevas decisiones que involucran su salud, su estado psicológico y por consiguiente surge la necesidad de nuevas modificaciones en el estilo de vida del paciente y de su familia.

Nefropatía Diabética

La enfermedad renal es una de las consecuencias más graves de la diabetes mellitus. Aparece en aproximadamente el 50% de los pacientes con diabetes tipo 1 y en aproximadamente el 10% de los que sufren diabetes tipo 2 de más de 20 años de duración, (aunque puede surgir de manera más temprana como consecuencia de un funcionamiento metabólico alterado y no controlado). La nefropatía diabética es la segunda causa de muerte en diabéticos después de la aterosclerosis y su costo económico es uno de los más altos; tan sólo en Estados Unidos asciende a más de un billón de dólares al año (Fraty y Ariza, 2002).

Se presenta con más frecuencia en individuos de raza negra, con diabetes tipo 1, con descontrol crónico, con hipertensión arterial, con diabetes de larga duración y con infección urinaria recurrente, se desconoce su origen exacto, pero se supone que interactúan factores genéticos, metabólicos y hemodinámicos de los cuales, sin duda los más importantes son la hiperglucemia, la hipertensión arterial y tal vez la ingestión de gran cantidad de proteínas.

La hiperglucemia crónica es el mejor predictor de nefropatía diabética, de esta manera un buen control metabólico previene o retarda la nefropatía diabética pero existen otras medidas que pueden ayudar a evitar la progresión del daño como una dieta baja en proteínas (menos de 45 g. de proteínas) independientemente de las cifras de glucemia. En este aspecto y como ya se mencionó anteriormente sobre la importancia de que el paciente se adhiera a su tratamiento médico como una manera de prevenir o retardar esta

complicación, la importancia y el significado de la falta de apego o adherencia a los programas terapéuticos, resultan en grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social, ya que tiene como resultado el no cumplimiento del objetivo terapéutico, es decir la no recuperación del control de la enfermedad que se traduce en pérdidas en lo económico, en la inversión de tiempo del cual no se reditúan frutos positivos en la salud y en la en la calidad de vida del paciente.

La Nefropatía Diabética en su etapa más avanzada es causa de Insuficiencia Renal Crónica, y en México, es la causa inicial más común de este padecimiento, aunque en numerosos casos no se determina, debido a la tardía atención médica especializada, esta enfermedad es conocida en medicina clínica como síndrome urémico (Frati y Ariza, 2002) que provoca daños en las estructuras física y psicológica y en esta última causa alteraciones en las esferas social, laboral, familiar, sexual, académica y emocional.

La Insuficiencia Renal Crónica se caracteriza por la pérdida progresiva de las nefronas permanentes (células del riñón) por lo que se pierde la función de los riñones, éstos son los órganos fundamentales en la economía interna, entre sus funciones están la de controlar el volumen, composición y presión de los líquidos corporales, la eliminación del agua y solutos (urea, creatinina y potasio), la producción de glóbulos rojos y el control de la presión arterial (Hamburger, Crosmier y Grunfeld, 1982). Con su deterioro progresivo, los riñones ya no pueden filtrar y eliminar los productos de desecho de la sangre (urea, creatinina, ácido úrico, etc.), lo que afecta a todo el organismo provocando un estado urémico que también puede ocasionar efectos psicológicos como consecuencia de cambios químicos, los cuales mejoran pero no se eliminan con la diálisis (tratamiento opcional para la Insuficiencia Renal) ocasionando, apatía, mareo, incapacidad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad y depresión.

Por lo común la Insuficiencia Renal Crónica tiende a agravarse independientemente del tratamiento y si no se trata puede llevar al paciente a la muerte. Cuando un paciente llega a esta etapa de la enfermedad éste y su familia se ven impactados por nuevas complicaciones físicas, probablemente nuevas sensaciones en el cuerpo del paciente, nuevas propuestas de tratamiento que involucrarán aspectos invasivos (como se revisará más adelante), también necesitarán reorganizar sus actividades, proyectos de vida diaria

en función de los mismos; en consecuencia surgen limitaciones y nuevos estados emocionales en respuesta a la enfermedad.

Diversos autores han estudiado los conflictos psicológicos que se presentan en la IRC (Bradley, Stanley y Uri, 1992; Fried y Fried, 1981; Huazo, 1983; Lanch y Valderraban, 1990; Maher, 1983; Streizer, 1984; Towne, Alexander y Burns, 1980) y en los diferentes tratamientos sustitutivos de la función renal (diálisis, hemodiálisis y trasplante).

Los más descritos en la literatura son estados depresivos, ansiedad, angustia, agresividad, inseguridad, desesperanza, dependencia, afección en la imagen corporal.

La medicina ha tratado de explicar algunas conductas (ataques convulsivos, delirios, compulsiones, etc.) argumentando alguna perturbación orgánica, pero sus explicaciones no han sido suficientes; se ha observado en la práctica clínica como en el paciente renal crónico, la enfermedad acentúa sus conflictos psicológicos. Algunos reaccionan con depresión, otros con sentimientos de culpa, de minusvalía, otros no toman el medicamento, no realizan su diálisis en forma adecuada, no llevan a cabo sus medidas de higiene dando como consecuencia constantes infecciones, no siguen su dieta, en resumen, no hay una adherencia terapéutica y que conllevan a un rápido deterioro de la enfermedad renal.

Es posible observar que personas con un desarrollo normal de su personalidad, con el surgimiento de la enfermedad comienzan a limitar progresivamente sus actividades sociales, producto de la aparición de alteraciones orgánicas en su estado general (malestar físico), llevando a cada momento a reajustes en sus estilos de vida y desadaptación, que lo hacen distanciarse del hombre "sano".

En la literatura revisada diversas investigaciones confirman que los padecimientos renales conllevan a cambios de la personalidad, a una reestructuración del sistema de motivos, a una disminución de la intensidad de las actitudes hacia lo social, el trabajo, la sexualidad, hacia una reestructuración de valores e intereses (Mulanchnova, 1983; en Verdes y Otero, 1990).

Los pacientes se encuentran en un estado depresivo, acompañado de angustia, presentan ansiedad, agresividad e inseguridad (Streizer, 1984; Fried y Fried, 1981; Maher, 1983; Towne, Alexander, y Burns, 1980; Lanch y Valderraban, 1990), así como también tienen alteraciones en la esfera cognoscitiva debidas a una disminución de las posibilidades técnico operacionales, inercia en la actividad psicológica, dificultades con la memoria y la atención. Parece existir unanimidad en que la IRC origina pérdidas de tipo orgánico de la función intelectual, sobre todo en la capacidad de elaborar información (Suazo, 1986, citado por Verdes, y Otero, 1990).

Cabe destacar que en el área afectiva y social, los enfermos sufren de aislamiento y de un sentimiento de inferioridad.

Así pues, cuando una enfermedad física se acompaña de componentes emocionales que no se atienden, se tenderá a producir en muchos casos una convalecencia prolongada o se favorecerá una reacción de invalidez crónica. Cabe resaltar que cada individuo experimenta su enfermedad de acuerdo a su personalidad y a su propia historia de vida, en correspondencia con sus propias estrategias de afrontamiento.

Cada enfermo con Insuficiencia Renal Crónica tiene una vivencia singular de la enfermedad. Ella dependerá de su historia de enfermedad de sus características personales y de su entorno. Mas allá de la modalidad terapéutica en que se encuentre el paciente con fallo renal, podemos decir que existe consenso entre ellos y sus familiares en torno a que la condición conlleva momentos de profundo sufrimiento, presentándose etapas de reacción emocional de ansiedad, desesperanza, depresión, enojo, falta de confianza.

El trabajar con personas con condiciones irreversibles, como los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica constituye una de las enfermedades crónicas a la cual podemos atribuir el impacto de lo que la literatura psicológica define como parte de toda una gama de sucesos llamados crisis circunstanciales, estrés post-traumático. Las mismas son aquellas que surgen de un suceso precipitante, no deseado o no esperado, que genera gran estrés y pone en peligro la vida de la persona exigiéndole cambios, como ocurre cuando un paciente se va enfrentando o se enfrenta súbitamente, a la pérdida de su función renal. En algunos casos el fallo renal con sus síntomas aparece rápida e

ESTA TESIS CON
DE LA FALTA DE ORIGEN

inesperadamente. Las familias y el paciente tienen que ajustarse a esta condición. Para otros pacientes la condición llega de manera gradual, como lo es en el caso de los diabéticos. No obstante en todos los casos asumir el rol de estar crónicamente enfermo en una sociedad que promueve valores de independencia, seguridad, cumplimiento y logros siempre es psicológicamente difícil (Muñoz, 1999).

Por tal motivo es de suma importancia el apoyo psicológico al enfermo con Insuficiencia Renal Crónica ya que existe la necesidad por parte del paciente y de su familia de adaptarse a la nueva situación de enfermedad y poder llevar a cabo acciones que logren por una parte lograr que el paciente aprenda a manejar su situación emocional y por otra que logre establecer una serie de conductas que le permitan mantener una calidad de vida óptima con una adecuada adherencia al tratamiento.

En un esfuerzo por que este objetivo se cumpla cabe destacar la importancia del trabajo de un equipo interdisciplinario en donde intervienen el médico, la psicóloga, la trabajadora social, nutrióloga y enfermeras, ya que el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica implica de manera primaria un diagnóstico médico y el establecimiento de un tratamiento que sugiere el seguimiento de una dieta con restricción de líquidos, la toma de medicamentos, un procedimiento que supla las funciones del riñón como se explicará a continuación y la disposición del paciente a realizar los cambios de conducta pertinentes para una adherencia al tratamiento y como consecuencia una Calidad de vida favorable.

Tratamientos médicos de la Insuficiencia Renal Crónica

Con el transcurso del tiempo se han empleado varios tratamientos médicos para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; estos tratamientos incluyen, hemodiálisis, trasplante renal y diálisis peritoneal.

El número de pacientes con insuficiencia renal a los que se ofrece diálisis y trasplante en las comunidades avanzadas es entre 30 y 50 por millón de población por año. La mayoría están entre los 5 y 60 años de edad; en el límite inferior predominan las consideraciones técnicas, psicológicas y éticas; los pacientes mayores de 60 años de edad, la degeneración vascular que afecta al corazón, encéfalo y sitios operatorios se vuelve

significativa y a veces impide la aceptación para trasplante (Whitworth, J y Lawrence, J., 1990).

La Hemodiálisis es un procedimiento que se utiliza para sustituir la función renal temporalmente y requiere de una máquina de hemodiálisis y filtros ya que a través de estos se lleva a cabo la depuración de la sangre; el tratamiento a largo plazo es la hemodiálisis periódica o hemodiálisis más trasplante renal.

El trasplante renal es sin duda el mejor tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica, ya que restaura totalmente y por tiempo prolongado la función renal. Sin embargo, no todos los pacientes con enfermedad renal terminal pueden llegar a recibir un trasplante renal, sea este de donador vivo o de cadáver. Se considera que el paciente ideal para recibir un injerto renal debe encontrarse entre los 15 y 45 años de edad y sin la evidencia de un padecimiento sistémico.

Diálisis Peritoneal

La Diálisis Peritoneal es la difusión de agua y solutos a través de una membrana semipermeable colocada entre dos soluciones, esta membrana es el Peritoneo, que es una membrana delgada, serosa y lisa casi transparente que reviste las paredes de la cavidad abdominal y áreas variables de las vísceras abdominales, es preferible a la hemodiálisis, pues tiene ventajas hemodinámicas y nutricionales y otra como menor retinopatía, menor hipertensión arterial y mejor control de la glucemia (Fraty y Ariza, 2002).

Para llevar a cabo este tratamiento se requiere la colocación de un catéter blando de tipo Tenckoff, de plástico o silicón flexible, que se coloca por vía quirúrgica en la cavidad abdominal, este catéter será de permanencia. A través de éste se administran soluciones dializantes y por medio de cambios de concentración osmótica se restaura la composición interna del organismo, permitiendo que el individuo se integre a sus actividades cotidianas, con la consecuente mejoría física esperada, mejorando su calidad de vida.

La diálisis cumple las siguientes funciones:

- Sustituye la función renal durante la insuficiencia renal. El peritoneo se utiliza como membrana dializante.
- Facilita la eliminación de sustancias tóxicas y desechos metabólicos del organismo.
- Elimina el exceso de líquidos corporales.
- Ayuda en la regulación del balance de líquidos y electrolitos del organismo.

Complicaciones en el Tratamiento de Diálisis Peritoneal

Las complicaciones más frecuentes son de origen técnico tales como:

- a) la falla en el procedimiento del cambio de bolsa dianeal, la cual da como resultado infecciones como la peritonitis que es muy frecuente, lo que obliga a la hospitalización y a tratamientos con antibióticos y en ocasiones es necesario cambiar el catéter (Gordillo, Muñoz, Feiman, 1981) y que presenta como sintomatología: dolor abdominal, fiebre, vómito, escalofrío, líquido peritoneal turbio.
- b) Complicaciones causadas al instalar el catéter como ruptura de vejiga, de víscera hueca o de aorta.
- c) Introducción excesiva de líquido de diálisis con sobredistensión abdominal e hipoventilación pulmonar, incluso paro respiratorio, deshidratación, hiperglucemia, hipokalemia si no se administra este ión, hipernatremia cuando se efectúa la diálisis con soluciones muy hipertónicas, alcalosis metabólica y síndrome de desequilibrio osmolar.

El tratamiento con diálisis ha sido diseñado en modalidades como la Continua ambulatoria, que es un programa en el cual el enfermo lleva el procedimiento de dializarse en su domicilio, realizando de 3 a 5 cambios de solución dianeal en 24 horas y para realizar este programa se requiere de una planta física determinada, equipo y mobiliario adecuado aunado al equipo de personal multidisciplinario.

Otra modalidad es el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente que tiene como uno de sus escenarios el Hospital General de Atizapán, en donde la diálisis se lleva a cabo cada 8 o 15 días y es realizada dentro del hospital por el personal de enfermería y donde interviene de igual manera un equipo interdisciplinario.

No existe en la actualidad ningún medicamento o método terapéutico que cure al enfermo con IRC dado el daño renal existente, excepto el trasplante renal y que como ya se mencionó tiene sus limitaciones y no es recomendable para el enfermo con IRC por Nefropatía Diabética, tampoco existe la certeza de que algunas medidas terapéuticas puedan frenar el curso de esta enfermedad, sin embargo es muy importante destacar que aún con estas características, el paciente tiene acceso a tener una mejor calidad de vida con la intervención de disciplinas como la psicología, que les proporciona herramientas para enfrentar su situación de enfermedad y puede dotarlos de recursos que estimulen su adherencia al tratamiento para la obtención de mayores beneficios y por otra parte la atención a sus estados emocionales que le permitan adaptarse de una mejor manera a sus experiencias actuales ya que los pacientes que se someten a diálisis necesitan dietas y fármacos especiales y también se enfrentan a alteraciones de su propia imagen y de las funciones corporales. Asimismo, el tratamiento va en aumento de sesiones, teniendo que hacer dependencia de éste, limitando en mucho varios aspectos de la vida del paciente.

El proceso de adaptación psicológica a la diálisis, definido como aceptación sin excesiva angustia, ni depresión del tratamiento en todas sus facetas y de las nuevas posibilidades y limitaciones laborales, ha sido descrito como la superación gradual de tres periodos diferentes. En el comienzo, al experimentar mejoría física, luego de un corto período agudo de enfermedad o prolongado de cronicidad, aparecen sentimiento de confianza y esperanza; algunos denominan a esto "período de luna de miel". En un segundo momento surge la tensión entre tener que reorganizar la vida de una manera distinta y los sentimientos de tristeza que acompañan a los necesarios cambios de actividad. El paciente se siente atrapado entre la necesidad de hacer proyectos para su rehabilitación y la pasividad y dependencia implícitas en el tratamiento.

Los pacientes que reciben diálisis, han sido descritos por algunos autores, (Simmons, Muñoz, 2001) como personas en constante tensión y estrés.

La Insuficiencia Renal Crónica es un padecimiento lento y progresivo e inexorablemente llega a la etapa terminal y a la muerte, pero se espera que con el apoyo psicológico se logre una mejora en la calidad de vida reintegrando al paciente en la medida de lo posible a su entorno y a sus actividades cotidianas.

Inconvenientes del tratamiento con Diálisis Peritoneal

Los inconvenientes de este tratamiento son su alto costo y la desnutrición del paciente si se prolonga el tratamiento, ya que no únicamente se extraen productos tóxicos, sino también productos necesarios para el organismo.

También se ha observado que el catéter puede disfuncionar ya que las sustancias pueden taponar la vía de entrada y salida del líquido o también la peristalsis puede colocar la punta del catéter en una posición que impida la salida o la entrada del líquido y en algunos casos se requiera de la recolocación del catéter.

Conductas requeridas para llevar a cabo la Diálisis Peritoneal

Como ya se ha mencionado, las enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Renal Crónica, requieren del seguimiento de conductas de tratamiento específicas para asegurar el bienestar físico y la mejora en la Calidad de Vida del paciente, en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica por Nefropatía Diabética es necesario llevar un tratamiento que incluya:

- 1) Diálisis Peritoneal indicada aproximadamente cada ocho días dependiendo de las necesidades del estado de salud del paciente y especificada por el médico tratante,
- 2) Dieta para nefrópata, establecida por la nutrióloga del hospital con los requerimientos diarios necesarios, definidos por las necesidades y características del paciente. Se establece en una lista de papel los alimentos permitidos con sus respectivas cantidades y los alimentos prohibidos para el paciente (ver anexo),
- 3) Restricción de líquidos, tomando en cuenta los resultados médicos (daño en riñón) la nutrióloga que toma en cuenta la cantidad de líquidos aportados por la totalidad de alimentos diarios, establece la cantidad de líquidos diariamente,
- 4) Toma adecuada de medicamentos prescritos por el médico en una receta médica,
- 5) Higiene, se requiere que el paciente se asee diariamente, lavando la piel alrededor del catéter con agua y con jabón, secando el área y tapar con una gasa limpia. También se requiere del cambio de ropa limpia tanto interior como exterior, la limpieza del área

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se habita y que la ropa de cama sea cambiada por ropa limpia por lo menos una vez a la semana

- 6) La situación de vivienda requiere que el paciente viva en condiciones que reduzcan la probabilidad de que haya una infección del catéter, como por ejemplo que el piso de la vivienda esté recubierto y que no sea de tierra, que no viva bajo láminas de cartón o asbesto y que no exista hacinamiento para el paciente y por último
- 7) Asistencia puntual a citas, que también involucran el aspecto económico por el hecho de pagar por un servicio.

Estos puntos delimitan las conductas a seguir para que se establezca la adherencia terapéutica o al tratamiento, llevando a cabo y de manera adecuada las indicaciones antes mencionadas por los profesionales de la salud.

La falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento, esta falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta; por ejemplo:

- a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento como la diálisis y el seguimiento de la dieta, toma de medicamentos, restricción de líquidos y llevar a cabo la higiene adecuada;
- b) fallas por suspensión del tratamiento que en este caso y dada la cronicidad de la Insuficiencia renal sería de consecuencias mortales ya que eliminarla la posibilidad de que el paciente pudiera mantenerse en un estado de salud óptimo dadas sus condiciones físicas; y
- c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta, es decir que el paciente cumpliera solamente parte de las indicaciones o que realizara todas pero de forma inconstante o inadecuada.

En otra clasificación se señalan:

- ◆ Errores de omisión, que se refieren a no tomar el medicamento o no realizar la conducta indicada con anterioridad,
- ◆ Errores de dosis, se refieren a la toma disminuida o aumentada de la dosis del medicamento o de alimento o en la toma de líquidos,

- ◆ Errores en el tiempo, tomar el medicamento a la hora no indicada o realizar cualquier prescripción ya mencionada fuera del tiempo indicado
- ◆ Errores de propósito, no tomar el medicamento indicado para el padecimiento específico o realizar la conducta indicada pero no con el propósito establecido, un ejemplo podría ser el siguiente: el paciente debe bañarse para mantener la piel cercana al catéter limpia para no desarrollar una infección, y el error de propósito sería que el paciente se bañara pero que no lavara con agua y jabón el área de la piel cercana al catéter.
- ◆ Automedicación, tomar medicamento sin la prescripción médica.

Varios estudios han reportado que entre un 30 y 50% de pacientes en diálisis no se adhieren a la dieta, a la restricción de líquidos y a los medicamentos prescritos (Wolcott y cols. 1986, Schneider y cols. 1991, Christensen y cols. 1992 y Bame y cols. 1993). En general, estos resultados indican que la no adherencia es más común para la restricción de toma de líquidos y algo menos común para la dieta y medicación.

Por otra parte, se señala que existen diferentes factores predictivos en la adherencia terapéutica (Haynes y Sackett, 1982), que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento tales como:

- ◆ La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado, es decir información sobre su padecimiento, su pronóstico y su tratamiento.
- ◆ El grado de estabilidad familiar, el establecimiento de redes de apoyo para facilitar al paciente el proceso de salud
- ◆ El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida, por ejemplo: si el paciente con Insuficiencia Renal llevó una adecuada adherencia al tratamiento de Diabetes mellitus, puede esperarse que pueda seguir con más facilidad indicaciones para llevar a cabo una Diálisis Peritoneal Intermitente.
- ◆ Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento.
- ◆ Supervisión cercana del médico o terapeuta, que incluye habilidades de comunicación. Periodicidad y disponibilidad del médico tratante.

Por otra parte existen factores que disminuyen la adherencia al tratamiento como son:

- ♦ Complejidad del tratamiento.
- ♦ Grado de cambio de conducta requerida
- ♦ Tiempo de espera para la consulta.

Para que un paciente siga adecuadamente las indicaciones de su tratamiento es indispensable tomar en cuenta los elementos psicológicos de la Adherencia terapéutica que son listados a continuación:

- 1) Intelectuales. Los elementos Intelectuales se refieren a si el paciente entiende las indicaciones de su médico,
- 2) Las Cognoscitivas se refieren que tanto discrepa o no la información recibida por el paciente con las normas y valores que éste mantiene,
- 3) El concepto del manejo del tiempo del paciente,
- 4) La capacidad del sujeto para poder planear cuando se requiere tratamiento por tiempo prolongado,
- 5) El aspecto emocional se refiere a cuál sería la emoción experimentada por el paciente y por la familia de éste la presencia de una enfermedad terminal como podría ser la IRC por ejemplo.

Un factor importante que influye para el cumplimiento del tratamiento en Diabéticos con Insuficiencia Renal Crónica es la relación terapeuta-paciente ya que el terapeuta cumple una función profesional y su relación para él puede ser un acto rutinario, mientras que para el paciente esta es una situación excepcional.

La personalidad de ambos así como el estrato social y cultural al que pertenecen y el escenario en el cual se da el acto terapéutico juegan un papel importante.

Las actitudes, acciones y omisiones por parte del terapeuta influyen en el enfermo, y la disposición y actitud de este influye al terapeuta.

De esta manera la actitud del terapeuta es una variable importante en el cumplimiento del tratamiento y algunos autores consideran que la causa principal de la no adherencia al

tartamiento o incumplimiento terapéutico, es la comunicación deficiente entre el terapeuta y el paciente.

Con respecto a la información, se ha observado que una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas, como lo demuestra el alto nivel de tabaquismo de los profesionales de la salud. Esta tarea suele provocar, con frecuencia, impotencia, frustración y/o indignación al comprobar el "poco caso" de los pacientes a los bien intencionados y fundamentados consejos (Bimbela, 1998). La motivación, o deseo de cambio para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes.

Entrevista Motivacional

Diferencias entre Modelos de entrevista clínica informativa y Motivacional

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores (Lowe, 1998). Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

Aunque existen otros modelos de entrevista para el cambio de hábitos (coercitivo, argumentativo, persuasivo), destacamos las diferencias básicas entre entrevista informativa clásica y entrevista motivacional centrada en el paciente (Freixa, 2000) (Tabla 1).

Tabla 1. Modelos de entrevista clínica informativa y motivacional.

Modelo informativo		Modelo motivacional
Da consejos expertos.	→	• Estimula la motivación para pasar a la acción.
Intenta persuadir.	→	• Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión.
Repite los consejos.	→	• Resume los puntos de vista.
Actúa con autoridad.	→	• Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio.
Es rápido.	→	• Es de aplicación progresiva.

Modelo de estadios del cambio

Prochaska y Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio (Fig. 1), también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

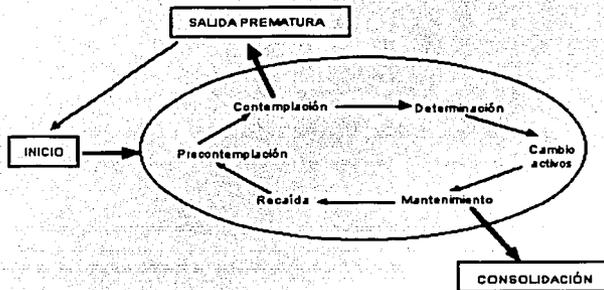


Figura 1. Modelo de estadios del cambio.

En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto a hábitos de salud insanos.

Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto:

- Precontemplación. En esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran frases del tipo "de algo hay que morir", "yo soy fuerte y a mí nadie me va a hacer un hoyo en la panza".
- Contemplación. La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio: "Tendría que comer sin sal, pero sabe muy feo la comida" o "Yo me baño cada tercer día

porque no tengo dinero para pagar el gas", "Sé que no debo tomar mucha agua pero es que me da mucha sed".

- Determinación. En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta: "Se que deben hacerme la diálisis y si es necesario, pues adelante".
- Cambios. En esta fase se pone en práctica la decisión tomada.
- Mantenimiento. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones, atracción por la conducta antigua como no realizar la higiene requerida o excederse en tomar cierta cantidad de líquido o no asistir a las citas o no tomar adecuadamente los medicamentos o trasgredir la dieta están presentes.
- Recaída. Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, precontemplación o contemplación.

La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento (Mcilvain, Kay, Leed-Kelly y Sitorius, 1998).

Este modelo resulta muy útil en atención primaria por varias razones (Cebriá y Bosch, 2000):

- Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias adaptadas a cada estadio; es decir, al grado de motivación para el cambio de un hábito que presenta una persona en un momento concreto.
- Plantea una ayuda continuada, con pequeños avances, alejada del todo o nada que utilizamos habitualmente. Intervenciones breves pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, más o menos largo de tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes.

- La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

¿Qué hace cambiar a las personas?

La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

- La motivación intrínseca: la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por "transfusiones de voluntad". La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los profesionistas de la salud podemos ser facilitadores de ese cambio.

- La elección y el control propios: la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.

- El autoconvencimiento auditivo: se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que el paciente saque sus propios argumentos y si los profesionales de la salud se los repetimos ayudamos a que los oiga dos o tres veces ("Dice que quiere ser tratado con diálisis porque sus riñones ya no funcionan").

- La autoconfianza o percepción de autoeficacia: si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.

- La ambivalencia: ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos. ("Quiero sentirme mejor, pero no me gusta la comida sin sal").

- El traje a la medida: cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.

- La relación interpersonal: La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del profesional pueden provocar oposición al cambio ("Tiene que seguir una dieta"). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactancia psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

Afortunadamente muchas personas consiguen hacer cambios profundos en sus vidas sin ninguna ayuda profesional. Todos ellos comparten una serie de argumentos: no llegan a promover un cambio por casualidad sino que van acumulando buenas razones para iniciar una conducta más sana, y progresivamente aumentan su compromiso y determinación, cosa que les permitirá resistir el sufrimiento que tendrán cuando lo intenten (Cebriá y Bosch, 2000). Una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas pero en otras muchas no. Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadores.

Qué es la Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio (Bosch, Cebriá, Massons y Casals, 1994), tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes (Saltini y Del Piccolo, 2000).

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente "entiendo que le resulta difícil modificar su dieta " que decirle "si no va a seguir su dieta no entiendo para qué acude a que la atiendan ", ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar.

Principios generales de la Entrevista Motivacional

"El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad" (Rogers, 1986)

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

- Expresar empatía. Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo? (Fuentes y Alonso, 2000). La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa (Bosch y Cebriá, 1999). Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras ("entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido"). La empatía es la espina dorsal de la EM porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

- Desarrollar la discrepancia: lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra, es decir cual es su situación actual de salud y cómo podría sentirse y estar con respecto a su salud y expectativa de vida, con base en la modificación de aspectos específicos en su estilo de vida. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida (Cebriá y Bosch, 1999). Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

- Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el profesional, más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la

sensación de libertad se coarta (Bosch y Cebriá, 1999). Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quiere que le explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué le parece esto que le he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

- Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del profesional de la salud que pueden facilitarlas: tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, refirir al paciente ante el no cambio, etc.

- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad ("Es difícil tomar los medicamentos de manera puntual y correcta y usted lo consiguió"). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

Técnicas de apoyo narrativo

Rogers, cuya teoría sobre las condiciones básicas del terapeuta para la facilitación del cambio en el paciente es la más claramente articulada y puesta a prueba (Miller y Rollnick, 1999) afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera ideal para el cambio al permitirle un análisis de sí mismo en un ambiente seguro (Rogers, 1986). La amplia investigación realizada de este tipo de comunicación está permitiendo demostrar un impacto importante en los resultados clínicos (Saltini y Del Piccolo, 2000) y en la satisfacción de los usuarios (Prados, Cebriá y Bosch, 2000). Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido, y que vaya avanzando en verse a sí mismo, y a la situación en que se encuentra, de una forma clara como primer paso para el cambio:

1. Preguntas abiertas. Son aquellas que no pueden contestarse solamente con una o dos palabras a diferencia de las preguntas cerradas, por ej. ¿Qué le preocupa al saber que sus riñones no funcionan? o ¿cómo afecta en su enfermedad la alimentación que lleva desde

hace tiempo? Este tipo de preguntas permiten y animan al paciente a explicarse aumentando así su percepción del problema. Una persona cuando habla elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo. Una buena manera de comenzar una EM es con una pregunta abierta del tipo ¿...usted sabe por qué está hospitalizado(a) o ¿qué fue lo que le explicó el médico sobre su enfermedad?

2. Escucha reflexiva. Es una de las habilidades fundamentales de la EM. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:

- Repetición de alguna palabra dicha por el paciente y que nos parece importante.
- Refraseo. Es como lo anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.
- Parfraseo. Aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.
- Señalamiento emocional. Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: "Lo veo un poco triste", "parece que esto que hablamos le preocupa".
- Silencios. Utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos. Permiten, también, un tiempo imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir (Bosch y Cebriá, 2000)

Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el paciente quiere decir con exactitud.

3. Reestructuración positiva. Significa afirmar y apoyar al paciente, destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Sirve para rehabilitar su autoestima y el sentido de autoconfianza ("Debe ser difícil para usted pensar en una diálisis", "Usted parece una persona muy optimista"). A medida que el paciente se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, él se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, aumenta la comprensión y el control sobre sí mismo y su sensación de poder (Rogers, 1980)

4. Resumir intentando destacar de lo dicho por el paciente lo que nos parece más crucial.

5. Afirmaciones de automotivación. Favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos:

- Reconocimiento del problema: ¿De qué manera esto ha sido importante para usted?
- Expresión de preocupación: ¿Cómo se siente con el diagnóstico que le dio el médico?
- Intención de cambio: ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?
- Optimismo por el cambio: ¿Qué le hace pensar que podría cambiar si lo deseara? Una forma general de pregunta es: ¿Qué más...?

El que el paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia dependerá, en parte, de nuestra manera de responder siendo importante hacerlo de forma que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo (Miller y Rollnick, 1999).

El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conseguir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie (Bosch, Cebriá, Massons y Casals, 1994).

Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio

Para que el diálogo sea fluido y eficaz avanzando hacia la determinación del cambio las siguientes técnicas sirven de ayuda:

- Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones de automotivación del paciente.
- Hacer decisión balanceada, que significa indicar los aspectos positivos y negativos de ambas conductas, antigua y nueva a adquirir, que el paciente haya explicitado: "Dice que modificar la dieta tiene cosas buenas como...y otras malas como...y también dice que no llevarla a cabo tiene como positivo...y como negativo...".
- Provocar la elaboración pidiendo ejemplos concretos y específicos, clarificando el cómo, cuándo, etc.

- Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles, como hincharse, intoxicarse, complicarse y morir en caso de no realizar las recomendaciones médicas.
- Mirar hacia atrás y/o hacia delante. Visualizar con el paciente cómo podría ser si siguiera sus indicaciones y compararlo cómo se encuentra actualmente.
- Explorar valores realmente importantes para la vida del paciente (¿qué es importante en su vida?).
- Utilizar la paradoja, hacer de abogado del diablo (Cebriá y Bosch, 2000). Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles pero es bastante arriesgada. Requiere adiestramiento y no puede utilizarse con cualquier persona ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Al ponerse el profesional del lado de los argumentos del paciente éste puede observar "desde fuera" lo absurdo de su situación. Tipos de intervenciones paradójicas son: "No creo que valga la pena que lo intente" o "Por lo que dice, probablemente en este momento lo más acertado es que siga con la misma situación de enfermedad".

Trampas a evitar en la Entrevista Motivacional

El conocimiento de las estrategias generales útiles para afrontar la entrevista motivacional implica comprender qué es lo que no se debe hacer (Miller en Miller y Rollnick, 1999)

Hay varias trampas que interfieren rápidamente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente: (Miller y Rollnick, 1999)

- Pregunta-Respuesta. Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.
- Confrontación-Negación. Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar (Freixa, 2000; Mcilvain, Kay, Leed-Kelly y Sitorius, 19983 y Cebriá y Bosch, 2000). Cuanto más enfrenemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio

con respuestas del tipo "No creo que sea tan serio el problema porque olvide tomar mis medicamentos".

- Trampa del experto. Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevan, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la EM.
- Etiquetaje. Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrear un cierto tipo de estigma en la gente ("Es incumplido en su tratamiento"). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.
- Focalización prematura por lo que al profesionalista de la salud le parece más importante mientras el paciente desea hablar sobre otros temas que le preocupan y que son más amplios. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.
- Culpabilización. Desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente.

Actuaciones adaptadas a los estados de cambio

El lema general es no adelantar nunca al paciente ni forzarlo a que tome decisiones precipitadas. Para esto es fundamental vencer nuestra ansiedad respecto a tener que hacer algo enseguida y a obtener resultados evidentes rápidamente. Debemos trabajar la motivación de los pacientes desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde la consideración de un cambio hacia el estadio de acción.

Estadio de precontemplación

La persona no considera la conducta o conductas motivo de preocupación aunque gente de su entorno cercano sufra las consecuencias, como el hecho de tener una dieta inadecuada, tomar agua a libertad, no tomarse los medicamentos o hacerlo de manera inadecuada o simplemente no asistir a sus citas. En esta fase podemos intentar, previa creación de un clima adecuado, incrementar el nivel de contradicción para que afluere motivos de preocupación. Hay que evitar las resistencias, la información no solicitada y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

petición de cambios prematuros, siendo importante aprovechar el momento y la oportunidad de intervenir.

Estadio de contemplación

Aquí el paciente ya considera el problema y la posibilidad del cambio pero la ambivalencia puede cronificar este estadio y hacerlo muy frustrante. Nuestra actuación se centrará en desarrollar estrategias adecuadas para moverlo hacia la determinación sin olvidar que la toma de decisiones la hace el propio individuo y no tanto por la información recibida. Las estrategias más adecuadas parecen las técnicas de apoyo narrativo y tienen como finalidad aumentar la disonancia cognitiva del paciente (discordancia entre conocimientos y conducta) dentro de un clima empático, ya que la persona se encuentra más receptiva a conectar con las implicaciones personales que comporta el cambio. Son útiles, en esta fase, el diario de salud y la hoja de balance.

El diario de salud es un registro escrito de la frecuencia con que suceden los hechos que se quieren estudiar y otros aspectos importantes relacionados con ella. Ayuda al paciente a aumentar la autopercepción sobre la conducta y sus consecuencias y al profesional de la salud a realizar observaciones que le permitan proponer cambios específicos en los hábitos. Es más útil y preciso que la recogida de información sea diaria en lugar de semanal.

La hoja de balance es un registro escrito de las razones para continuar igual y las razones para desear el cambio. Sirve para clarificar las dificultades y los beneficios de la conducta y de cualquier cambio. En su forma más sencilla es una hoja de dos columnas y resulta útil dividirla en apartados sobre diferentes aspectos bio-psico-sociales.

Estadio de determinación hacia el cambio

Aunque se haya decidido iniciar el cambio la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Tenemos que evitar las prisas aunque resulte tentador insistir en esta fase. Conviene evaluar la intensidad y el nivel de compromiso para el cambio: ¿Existe una valoración realista, por parte del paciente, de las dificultades presentes? Tras valorar que haya indicadores de cambio y que el paciente lo haya verbalizado podemos colaborar con él en la elaboración de un plan de acción aceptable, con objetivos concretos, útiles, alcanzables y medibles a corto plazo (¿Suprimir la ingesta de alcohol o disminuirla?). El

hecho de que el paciente verbalice su compromiso de cambio aumenta las posibilidades de éxito.

Estadio de acción, de cambios activos

Aunque el paciente suele referir que siente que ahora está tomando el control de su vida, éste es un momento muy estresante y duro de sobrellevar por lo que suele ser necesaria una ayuda práctica y emocional. Debemos incrementar el sentido de autoeficacia del paciente y podemos ofrecerle información sobre otros modelos que hayan tenido éxito. Tanto en esta fase como en la siguiente hay que estar muy atentos para proporcionar apoyo, si fuera necesario, y minimizar la frecuencia de las recaídas.

Estadio de mantenimiento

Tras un primer periodo de cambio, en que está elevado el sentimiento de confianza en la propia capacidad para controlar la nueva conducta, aparece una crisis de distinta intensidad en cada persona. En esta crisis interviene, entre otros factores, la añoranza por el placer o la comodidad asociada a la conducta que está abandonando como una dieta con sal o el aseo irregular. Para prevenir las recaídas, que ya hemos comentado que es un fenómeno muy frecuente, podemos evaluar con el paciente las situaciones de alto riesgo y desarrollar conjuntamente habilidades de afrontamiento para consolidar la nueva conducta: "¿Qué hará cuando le ofrezcan comida preparada con sal o cuando no tenga agua en su casa?"

Estadio de recaída

Las recaídas han de entenderse como algo frecuente y normal en el proceso del cambio e incluso necesario en un contexto de aprendizaje como es el cambio de hábitos arraigados. Conviene distinguir entre una caída ocasional, "un simple resbalón", y una recaída mantenida. Una actitud por nuestra parte cálida, exenta de punición y con un mensaje claro de que un desliz aislado no tiene que implicar una recaída puede ser efectiva para reforzar el sentido de autoestima del paciente y que no abandone la nueva conducta iniciada (Cebriá y Bosch, 2000). Conviene evaluar los intentos previos de cambio y los sentimientos asociados a la aparición de la conducta (culpa, enfado, placer, alivio de estrés), así como la falta de habilidades para afrontar la nueva conducta o la presencia de situaciones estresantes del entorno.

Mientras que las estrategias motivacionales son más importantes en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación y determinación) el desarrollo de habilidades de afrontamiento y un adecuado sentimiento de autoestima son los aspectos fundamentales de los últimos estadios (Tabla 2).

Tabla 2. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio.

ESTADIOS	TAREAS		ESTRATEGIAS
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el hábito y estadiario • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la auto-motivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayudar a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Preguntas activadoras
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva

Como conclusión, señalar que la primera estrategia de la EM consistiría en realizar una aproximación al paciente que le permita posicionarse respecto al hábito o conducta a modificar. Esta primera tarea logra situar al paciente en un estadio en el continuo del cambio y permite el empleo de estrategias comunicacionales adaptadas a cada necesidad. Posteriormente, persigue promover una toma de conciencia por parte del paciente de un hábito insano, aumentando los niveles de contradicción entre sus creencias y sus actos y, por tanto, aumentando los niveles de conflicto. Por último, trata de ayudar a hacer efectiva la voluntad que puede emerger de las sucesivas entrevistas que se mantengan con cada persona (McIlvain, Kay, Leed-Kelly y Sitorius, 1998; Cebriá y Bosch, 2000).

Entrevista Motivacional Breve

Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto debido a la continuidad de la asistencia que se presta. Necesitamos técnicas breves y eficaces para aplicarlas en nuestra realidad de tiempo de consulta escaso y gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando nos centramos en informar y el paciente no está seguro de si desea el cambio.
2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan nuestra satisfacción como profesionales.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

- Inicio de la entrevista: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quiere que hablemos de ... ?).
- Exploración de motivos de preocupación: comporta que el paciente empiece a elaborar sobre sí mismo y le ayudamos con técnicas de apoyo narrativo (¿Qué dificultades cree que tiene para asearse diariamente?).
- Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dice que usted se baña cada tercer día porque cuida el gas de la semana?).
- Finalizar realizando un resumen de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto (¿Le he comprendido bien?).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema

¿La implementación del Programa de intervención psicológica con Entrevista Motivacional proporcionará elementos necesarios para promover la adherencia al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por Nefropatía Diabética en Tratamiento con Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI)?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo del estudio

- Evaluar e intervenir a través de la Entrevista Motivacional para la modificación y/o mantenimiento de conductas o hábitos como dieta para nefrópata, restricción de líquidos para nefrópata, higiene, toma de medicamentos, asistencia a citas y situación adecuada de vivienda para el apego al tratamiento de DPI.
- Que con el cumplimiento de estas conductas y condiciones para llevar a cabo el tratamiento con DPI el paciente pueda mejorar su Calidad de vida.

Hipótesis

La implementación del programa de intervención psicológica con Entrevista Motivacional proporcionará elementos necesarios para la modificación de conductas que promuevan el apego al tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente

Diseño

Línea base múltiple

N=1

Sujetos

Pacientes de sexo femenino o masculino que ingresen al Servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán, con el diagnóstico de Insuficiencia

Renal Crónica por Nefropatía Diabética, que se les haya solicitado valoración psicológica como candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

Criterios de exclusión

Pacientes que aunado a su padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica presenten alteraciones cognitivas no relacionadas a la enfermedad.

Definición de variables

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variable Independiente: Programa de intervención psicológica con Entrevista Motivacional

Variable Dependiente: Adherencia al tratamiento definida como el cumplimiento de:

- 1) Diálisis Peritoneal indicada aproximadamente cada ocho o 15 días dependiendo de las necesidades del estado de salud del paciente y especificada por el médico tratante,
- 2) Dieta para nefrópata, establecida por la nutrióloga del hospital con los requerimientos diarios necesarios, definidos por las necesidades y características del paciente. Se establece en una lista de papel los alimentos permitidos con sus respectivas cantidades y los alimentos prohibidos para el paciente (ver anexo),
- 3) Restricción de líquidos, tomando en cuenta los resultados médicos (daño en riñón) la nutrióloga que toma en cuenta la cantidad de líquidos aportados por la totalidad de alimentos diarios, establece la cantidad de líquidos diariamente,
- 4) Toma adecuada de medicamentos prescritos por el médico en una receta médica,
- 5) Higiene, se requiere que el paciente se asee diariamente, lavando la piel alrededor del catéter con agua y con jabón, secando el área y tapando con una gasa limpia. También se requiere del cambio de ropa limpia interior como exterior, la limpieza del área que se habita y que la ropa de cama sea cambiada por ropa limpia por lo menos una vez a la semana
- 6) La situación de vivienda requiere que el paciente viva en condiciones que reduzcan la probabilidad de que haya una infección del catéter, como por ejemplo que el piso de la vivienda esté recubierto y que no sea de tierra, que no viva bajo láminas de cartón o asbesto y que no exista hacinamiento para el paciente y por último

- 7) Asistencia puntual a citas, que también involucran el aspecto económico por el hecho de pagar por un servicio.

Instrumentos

- Autorregistro de dieta, toma de medicamentos, hábitos higiénicos, asistencia a citas médicas
- Escala de Medida Métrica Personal (incluida al final del trabajo (Rollnick y Miller 1999): Consiste de tres preguntas con un rango de respuesta de 0 que significa "no es importante", hasta 10 que significa "super importante". Estas preguntas tienen por objetivo identificar el nivel de disposición al cambio del paciente. La respuesta uno y dos ubican al individuo en una etapa de Precontemplación, las respuestas del tres al cinco en una etapa de contemplación, del seis al ocho en preparación y del nueve y diez implican acción. El uso del término "precontemplador" implica que alguien sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él. La "contemplación" es en donde la persona considera y rechaza el cambio a la vez, es como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera. La "determinación" es como una ventana para la oportunidad de cambio, si durante este tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continua, si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación. La "acción" es la que con mas frecuencia las personas consideran como la etapa de inicio de la terapia o del counselling. Aquí la persona se implica en acciones que la llevaran a un cambio (Davidson, Rollnick y MacEwan, 1991).

Consideraciones éticas

Se considera que el riesgo que corrieron los sujetos que participaron en el Programa de Intervención Psicológica donde se aplicaron inventarios, escalas y un cuestionario, así como la entrevista motivacional fue mínimo y el beneficio de este proceso fue valioso ya que tuvo como objetivo promover la disposición al cambio del paciente con respecto a conductas para la adherencia al tratamiento de la Diálisis peritoneal Intermitente en pacientes con IRC secundaria a una Nefropatía Diabética.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes firmarán una carta de Consentimiento informado (al final del trabajo), en donde se dió a conocer la finalidad de la valoración y las situaciones que se incluyeron.

Procedimiento

1. El médico solicitó la valoración e intervención al servicio de psicología ya que consideró al paciente como candidato al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente ya que contaba con un diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica por Nefropatía Diabética.
2. Posteriormente de que el médico haya brindado información al paciente sobre su padecimiento de IRC y el tratamiento propuesto, se aborda al paciente donde se le explica la finalidad de la intervención psicológica para lo que se le pide bajo una carta de consentimiento informado su colaboración y aceptación de la intervención, en donde se le explica que le serán aplicados algunos instrumentos psicológicos y la intervención profesional.
3. Con el consentimiento de la jefa de la División de Medicina Interna, la Dra. Ma. Antonieta Calderón, se le pidió a un paciente que las intervenciones fueran grabadas por una grabadora de bolsillo para finalidades académicas.
4. Luego de que el paciente firmó la Carta de consentimiento informado, se procedió a llenar una hoja con sus datos, donde se incluyó el nombre, edad, fecha de nacimiento, estado civil, religión, familligrama, teléfono, diagnósticos, fecha del diagnóstico de diabetes mellitus, fecha de diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (incluido al final)
5. Se llevó a cabo un registro retrospectivo sobre las siguientes áreas, registrando las siguientes conductas de tres días típicos: Dieta, toma de medicamentos, ejercicio, hábitos higiénicos, asistencia a citas médicas que será aplicado al paciente y a su cuidador primario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Se registró la condición de vivienda, para ubicar el área o áreas no aptas y susceptibles de modificación.
7. Se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Medida Métrica Personal para cada una de las conductas evaluadas antes de la intervención y al comienzo de cada una de las sesiones psicológicas.
8. Se registró en una hoja de vaciado de datos, las mediciones de potasio, sodio, creatinina, urea, albúmina, peso y presión arterial que se le han practicado al paciente en el hospital y tomados de su expediente clínico.
9. Se intervino con la Entrevista Motivacional con la siguiente pregunta: ¿Usted sabe por qué está hospitalizado(a)? y/o ¿qué fue lo que le explicó la/el doctor(a) sobre su enfermedad? Y se llevó a cabo con el consentimiento del paciente Psicoeducación con respecto a su enfermedad.
10. En cada sesión, se aplicó la Escala de medida Métrica Personal para cada una de las conductas a modificar con base en el resultado del registro retrospectivo, en cuanto el paciente se encontró en la etapa de disposición al cambio se determinó que el paciente podría iniciar el tratamiento con DPI .
11. Cuando el paciente ingresó al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente y dió por iniciado su tratamiento con diálisis, se le proporcionaron Autorregistros diarios de Alimentos (dieta), Líquidos (restricción de líquidos), Toma de medicamentos e higiene; estos autorregistros fueron llenados por el paciente apoyado por su cuidador primario, éstos fueron entregados en la siguiente cita al tratamiento con diálisis.
12. La intervención con Entrevista Motivacional siguió llevándose a cabo a lo largo del tratamiento con DPI para monitorear su mantenimiento y en el caso de que hubiera recaídas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
"HERREJÓN - CHRISLER"
MEDICINA INTERNA- SERVICIO DE SALUD MENTAL
MEDICINA CONDUCTUAL

Fecha _____

Yo _____ con número _____ de expediente _____ doy autorización para que a través del Programa de Intervención Psicológica yo pueda integrarme o no al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente que se ofrece en este hospital, y donde se aplicarán a mí y a mi cuidador primario o responsable, cuestionarios e inventarios psicológicos, así como autoinformes sobre dieta, toma de medicamentos y líquidos.

Nombre y firma de el o la paciente.

Psicóloga Jennifer Aguirre González

Testigo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE DATOS PERSONALES

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
MEDICINA CONDUCTUAL
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRISLER"

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Talla: _____ Peso: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Religión: _____ Teléfono: -

Diagnóstico(s) (Dx):

Fecha del Dx. de Diabetes mellitus tipo 2 _____

Fecha de Dx. de Hipertensión Arterial: _____

Fecha de Dx. de Insuficiencia Renal Crónica: _____

Familiograma:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidador(a) primario(a)

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Parentesco: _____ Otro: _____

INFORMACIÓN RETROSPECTIVA

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para conocer más sobre sus hábitos, se le pide responda a las siguientes preguntas, le pedimos que escriba lo que acostumbra comúnmente. Gracias.

a) ¿Cuáles son los alimentos que acostumbra comer los viernes?

Desayuno
Comida
Cena

a) ¿Cuáles son los alimentos que acostumbra comer los sábados?

Desayuno
Comida
Cena

a) ¿Cuáles son los alimentos que acostumbra comer los domingos?

Desayuno
Comida
Cena

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- d) Durante la última semana ¿qué medicamentos tomó y en qué medida y horario?
- d) Ha realizado alguna actividad física de manera continua durante 20 minutos: si () no (), en caso de ser así, ¿qué actividad ha realizado?: _____
- e) En una semana típica, ¿cuántas veces a la semana se baña?

MEDIDA MÉTRICA PERSONAL
Stephen Rollnick y William R. Miller (1999)

¿Para ti, qué tan importante es cambiar la conducta?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No importante		Un poco importante		Algo importante		Importante		Muy importante		Super importante
¿Qué tanta confianza tienes de que puedes cambiar la conducta?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No confiado		Un poco confiado		Algo confiado		Mayormente confiado		Muy confiado		Seguro
¿Qué tan listo estás para cambiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No listo		Un poco listo		Algo listo		Mayormente listo		Muy listo		Completamente listo

NIVELES DE DISPOSICIÓN

NO LISTO	INSEGURO	LISTO	TRATANDO
1...2...	3...4...5...	6...7...8...	9...10...
Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**AUTORREGISTRO DE ALIMENTOS
MEDICINA CONDUCTUAL
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"**

Instrucciones: Por favor anote sus datos y empiece a registrar desde la fecha en que salió del Hospital hasta el día en que regrese a su diálisis en el día indicado la hora y los alimentos que comió así como su cantidad. Por favor sea sincero, gracias.

Nombre: _____ Fecha: del ___ de ___ al ___ de ___ de 200__

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Colación							
Hora							
Desayuno							
Colación							
Hora							
Comida							
Colación							
Hora							
Cena							

TELÉFONO
FALTA DE ORIGEN

AUTORREGISTRO DE LÍQUIDOS

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
 MEDICINA CONDUCTUAL
 HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Nombre: _____ Fecha: del ___ de ___ al ___ de ___ de 200__
 Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora							
Desayuno							
Líquido							
Cantidad							
Hora							
Comida							
Líquido							
Cantidad							
Hora							
Cena							
Líquido							
Cantidad							

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

AUTORREGISTRO DE HIGIENE PERSONAL

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente MEDICINA CONDUCTUAL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Instrucciones: Anote su nombre y los datos que están abajo de estas indicaciones y a continuación anote la fecha desde que salió del Hospital hasta el día en que regresa a éste para su siguiente diálisis. Posteriormente en el día correspondiente ponga la hora en que lleva a cabo su higiene personal y marque con una equis (X) dentro del cuadro a cada una de las conductas que realice y deje sin marcar las actividades que no realizó, se le pide sea sincero(a) en sus anotaciones ya que esto le ayudará a usted en su propia salud.

Por favor traiga sus Autorregistros cada vez que asista al Hospital ya que son parte de su tratamiento psicológico. Gracias.

Nombre: _____ Fecha: del ___ de ___ al ___ de ___ de 200__
Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora:						
Baño						
Limpieza de area cateter	Limpieza de area cateter	Limpieza de area catéter	Limpieza de area cateter	Limpieza de area catéter	Limpieza de area catéter	Limpieza de area catéter
Cambio de gasa						
Cambio de ropa interior						
Cambio de ropa exterior						

TESIS CON
 FALLA DE OMBEN

HORARIO PARA TOMA DE MEDICAMENTOS

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
 MEDICINA CONDUCTUAL
 HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Fecha: _____ Peso: _____ Talla: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	HORA					
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

MAÑANA

TARDE

NOCHE

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Dietas Renales

El régimen de la alimentación es parte del tratamiento integral del paciente con IRC, este debe ser individualizado para cada necesidad, según sexo, edad, estatura y actividad física. Se requiere un control estricto en las necesidades energéticas (kilocalorías), así como en las nutricionales que se refiere a la cantidad de proteínas, sodio, potasio, calcio, fósforo y líquidos.

Alimentos prohibidos en las dietas renales

Carne: Carne de cerdo, vísceras, carnes frías como jamón, tocino, salchichas, mortadela, queso de puerco, etc. carnes enlatadas (sardina, atún y toda clase de mariscos).

Frutas ricas en potasio como el plátano, melón, naranja, chabacano, mandarina, toronja, lima, higo, mamey, uvas etc.

Frutas secas como el cacahuate, almendras, pepitas, pistaches, avellanas, coco, nuez.

Frutas deshidratadas como el dátil, ciruela pasa, higos, pasitas, etc.

Verduras como las aceitunas, aguacate, ecelgas, alcachofas, apio, coliflor, ejotes, espinacas, betabel, zanahoria cruda, chícharos, habas verdes, camote, papa, elote.

Leguminosas como el frijol, lentejas, habas, etc.

Cereales harina y pastas como pastel con cubierta, pan de dulce, galletas saladas, harina de soya, pan integral.

Grasas como mantequilla, margarina con sal, mayonesa, tocino, manteca.

Condimentos como sasonadores con especias como ajo con sal, sal, consomé, etc.

Bebidas como refrescos, bebidas alcohólicas, aguas elaboradas con sobres artificiales, pulque o consumir líquido en cantidades exageradas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S. (1991). Definición de retroalimentación Biológica y Autorregulación. *Boletín de la academia de Retroalimentación Biológica*, 1 (1), 15-16.
- Beck, A. y Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax.
- Bimbela, J.(1998) . *Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud* (3ª ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bosch, J., Cebriá, J., Massons, J. y Casals, R.(1994). *Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio"*. Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid : 285-294.
- Bosch, J. y Cebriá, J.(1999). La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria. *FMC*; 6, 451-454.
- Bosch, J. y Cebriá, J. (2000). La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria (II). *FMC*; 7, 39-42.
- Bosch, J. y Cebriá, J. (1999). Reactancia psicológica : "Fumar es un placer". *FMC*; 6, 59-61.
- Bradley, A., Beverly, C., Stanley, H. y Uri, A. (1992). Residential Summer Camp for children with end-stage renal disease. *Child Nephrology and Urology*. 12:212-215.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina:Amorrortu

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Cárdenas, J., Mendez, L. y Villegas, E. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3). 26-31.
- Carrobbles, J. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback: Autocontrol de funciones biológicas y trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Martínez Roca
- Carrobbles, J. y Godoy J. (1991). *Retroatimentación biológica; principios y aplicaciones*. Mexico: Edit. Roca.
- Cebriá, J. y Bosch, J. (1999). Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC*; 6: 393-395.
- Cebriá, J. y Bosch J. (2000). La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC*; 7: 233-236.
- Cebriá, J. y Bosch, J. (2000) ¿Médico o abogado del diablo? *FMC*; 7: 320-322.
- Cerkoney, A. y Hart, K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 3: 594-598.
- Christensen, A., Smith, T., Turner, C., Holman, J., Gregory, M. y Rich, M. (1998). Social support and adherence in hemodialysis: an examination of main and buffering effects. *Journal of behavioral medicine*. 15: 313-325.
- Christensen, A., Turner, C., Smith, O. y Holman, J. (1991). Health Locus of Control and Depression in End-Stage Renal Disease. *Journal of behavioral medicine*. 15: 313-325.
- Davidson, R., Rollnick, S. y MacEwan, I. (1991). *Counselling problem drinkers*. Londres: Tavistock/Routledge.

- Dominguez, T.(1993). Stress, calidad de vida y salud. *Humanidades. Cd.Universitaria. D.F. (69), 3.*
- Dominguez, T. (1996). *Manejo psicológico no invasivo del dolor crónico y el estrés:de el estudio de la nocicepción a la reestructuración cognoscitiva.* Tesis de doctorado. Facultad de Psicología U.N.A.M.. México.
- Esquinca, R. (1989). *Frecuencia de depresión y ansiedad en el embarazo de alto riesgo y en el embarazo normal.* Tesis Hospital de la Mujer, U.N.A.M.
- Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional Emotiva.* España: Biblioteca Psicológica Desdeé de Brodwer
- Flores, A. (1998). *Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programade atención psicológica a maternas con preeclampsia.* Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Florez, L. (1997). Evaluación del estrés prenatal en Gestantes con preeclampsia. En Flores A. (1998). *Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia.* Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Frati, A. y Ariza, C. (2002). *El Internista.* 2a. edición. Editores: Ramiro, M.; Halabe, J.; Lifshitz, A. y López, J. México: Edit. Mc.Graw-Hill Interamericana
- Freixa, N.(2000). La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. *Jano; LIX: 1383-1384.*
- Fried, A. y Fried, F. (1981). Biochemical Correlatos of Depression in hemodialysis patients. *Dialysis and transplantation. (9) 4: 364-373.*

- Friedman, R., Stuart, E. y Benson, H. (1993). Hipertensión esencial. Tratamiento no farmacológico. En Cook J. y Frohlich E.D., *Hipertensión y enfermedad cardiovascular*. Barcelona, España: Salvat.
- Fuentes, J. y Alonso, S.(2000). Aprendiendo a ser empático. *FMC*; 7: 538-539.
- Hamburger, J., Crosmier, J. y Grunfeld, J. (1982). *Nefrología*. Cuba: Científico Técnica.
- Haynes, R. y Sackett, D. (1982). "Factors affecting adherence", en: *Compliance in health care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press,
- Kristeller, J. y Rodin, J.(1984). "The function of attention in cognitive models of behavior change and maintenance"; en A. Baum, S.E. Taylor y Singer (eds.), *Handbook of psychology and Health*, vol. 4, Social Psychological aspects of ealth, Hillsdale: Erlbaum,
- Lanch, F., Valderraban, F. (1990). *Diálisis y trasplante renal*. México: Norma . p. 1064.
- Leon, G. y Montero, L. (1998), *Diseño de investigaciones*. España: MCGraw-Hill.
- Ley, R. (1989). Disneic-fear and catastrophic cognitions in hiperventilation panicattack. *Behavior Res. Therapy* 27, (5). 549-554.
- Liceaga, A.(1997). *Evaluación psicofisiológica de la técnica de escritura emocional autorreflexiva*. Tesis, Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Lowes, R.(1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management-march*. <http://www.aafp.org/fpm/980300fm/patient.html>.
- Maher, B. (1983). Psychosocial aspects of chronic hemodialysis. *Kidney International*. (23) 13:50-57

- Mcilvain, H., Kay, Bobo, J., Leed-Kelly, A. y Sitorius, M.(1998) Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *Am Fam Phys*; 8: 1869-1887.
- Meichebaum, D. y Turk, D.(1987). *Evaluación de la Adherencia Terapeutica en:Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI. 45-48
- Miller, W. y Rollnick, S.(1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Mulandchonova, 1983 en Verdes, M. y Otero, M. (1990). La enfermedad crónica y el conflicto con la vida en pacientes jóvenes portadores de insuficiencia renal terminal. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 2 (2)
- Muñoz, A.(2000). Panorama psicosocial y cultural. Aspectos psicosociales en el paciente con enfermedad renal permanente. *Revista de Psiquiatría Médica*., 5.
- Nieves, V. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En Buela y Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia de Conducta*. Madrid:Siglo XXI.
- Pennebacker J. (1990). *Opening up, the Healing Power of Confiding in others*.New York Morrow. Traducción y comentarios de Dominguez T. Centro de Servicios Psicológicos. Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America; en Slaikeu, K.(1996). *Intervención en crisis*., México, D.F: Manual Moderno.
- Prados, J., Cebriá, J. y Bosch, J.(2000). Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. *FMC*; 7: 83-88.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory, research, and Practice*, 19, 276-288.

Rodríguez, G y Rojas, M. (Comps)(1998). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa.

Rogers, C.(1980). *El poder de la persona*. México: Manual moderno.

Rogers, C.(1986). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona : Paidós.

Saltini, A.y Del Piccolo, L.(2000). Patient-centered interviews in general practice. *Recenti Prog Med*; 91: 38-42.

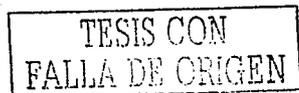
Sánchez Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Comps). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa. Pp.33-44

Schneider, M., Friend, R., Whitaker, P., y Wadhwa, N.Fliud non-compliance and symptomatology in end -satege renal disease:cognitive and emotional variables. *Healt Psychology* 10:209-215.

Schneider, C. (1987). Cost effectiveness of biofeedback and behavioral Medicine Treatments; a review of the literature. *Biofeedback and Self -Regulation*. 12 (2), 71-91.

Schultz, J. y Luthe, W. (1959). Autogenic training; en Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis.*, México, D.F: Manual Moderno

Smith, J.(1992). Entrenamiento cognitivo- conductual para la relajación. España: Desclee de Brouwer



Simmons, R. (1977). *The Social an Psychological Impact of Organ Transplantation*. New York : Jhon Wilyn&Sons Publication.

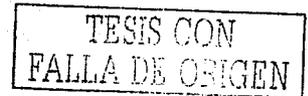
Spielberger, Ch. y Diaz G. (1975). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*. México: Manual moderno,

Streizer, I. (1984). Comprehensive Model for Providing Psychosocial Services to dialysis and trasplant progmas. *Dialysis and Trasplantation*. (13) 2: 92-97.

Stuart, E., Friedman, R. y Benson, H. (1999). *Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial*. Trad. Rodríguez G. 1ª. México: Porrúa.

Suazo, (1986) en Verdes, M., Otero, M. (1990). La enfermedad crónica y el conflicto con la vida en pacientes jóvenes portadores de insuficiencia renal terminal. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 2 (2).

Terrass, S.(1994). *Estrés*. España: Tutor.



Tortora, G.(1977). *Principios de anatomía y fisiología*. México: Harla

Towne, W., Alexander, L y Burns, J. (1980). Psychological correlates of emotional adjusment in hemodialysis and transplantation. *Kidney internacional*. (9) 4: 364-373

Valderrama, I., Dominguez, T. y Liceaga , A.(1995). *Criterios psicofisiológicos del cambio terapéutico de la escritura emocional autorreflexiva*. Memorias. Sesión Científica de Investigación Clínica. 14 Aniversario del Centro de Servicios Psicológicos. Dr. Guillermo Dávila. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Verdes, M. y Otero, M. (1990). La enfermedad crónica y el conflicto con la vida en pacientes jóvenes portadores de insuficiencia renal terminal. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 2 (2).

Wall, P. y Melzack, R. (1989). *Textbook of PAIN*. New York: Churchill Livingstone

Watkins, J., Roberts, D., Williams, T., Martin, D., y Coyle, I. (1967). Observation of medication errors made by diabetic patients in the home. *Diabetes*, 16: 882-885

Whitworth, J. y Lawrence, J. (1990). *Enfermedades Renales*. México: Manual Moderno

Wolcott, D., Maida, C., Diamond, R., y Nissenson, A. (1986) Treatment compliance in end-stage renal disease patients of dialysis. *Am J Nephrol* 6:329-338.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN