

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**LIC. GUADALUPE DEL CARMEN VILLEGAS PEREZ**

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

JURADO DE EXAMEN:

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
MTRA. BERTA MOLINA ZEPEDA  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
MTRO. FERNANDO PASCUAL VAZQUEZ PINEDA  
DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MEXICO, D.F. 2004





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y especialmente al Programa de Maestría, por haberme dado la oportunidad de pertenecer a la comunidad de posgrado y seguir avanzando en mi formación académica y profesional.*

*Gracias a las personas que me apoyaron y motivaron durante la maestría, todos ellos excelentes maestros y mejores amigos, reconozco con cariño a: el Mtro. Arturo Martínez, el Mtro. Isaac Seligson, el Mtro. Leonardo Reynoso y al Dr. Samuel Jurado; mi gratitud infinita por haber enriquecido mi vida personal y profesional con su invaluable calidad humana y académica.*

*Mi gratitud a mis supervisoras in situ Mtra. Berta Molina y Lic. Diana Lilia Gutiérrez C. que con su experiencia profesional y ejemplo me enseñaron la labor del psicólogo en el ámbito hospitalario.*

*Agradezco al jurado de examen las valiosas aportaciones y comentarios al presente trabajo. Un reconocimiento especial a la Dra. Isabel Reyes Lagunes que con sus observaciones enriqueció ampliamente este reporte.*

*A mis papas y a mi hermano que con todo su amor y apoyo siempre han estimulado mi progreso, les agradezco por estar incondicionalmente a mi lado y porque sin su guía y apoyo hubiese sido más difícil lograr mis objetivos, los amo.*

*Por último y no por ello menos importante, a mis amigas, con todo el cariño les agradezco su afecto, los buenos momentos y el continuo intercambio de experiencias que me ayudaron a crecer en mi vida personal y profesional, gracias Ana, Bety, Cris y Mae, las quiero mucho.*

## ÍNDICE

---

<b>CONTENIDO</b>	<b>Número de página</b>
• <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
• Modelos de intervención que fundamentaron mi labor terapéutica en las sedes.....	<b>4</b>
• Evaluación clínica.....	<b>5</b>
• Psicoeducación.....	<b>6</b>
• Entrenamiento en relajación.....	<b>8</b>
• Estrategias cognoscitivas.....	<b>10</b>
• Terapia Racional – Emotivo- Conductual.....	<b>11</b>
• Terapia Cognitiva de Beck.....	<b>16</b>
• Modelo de solución de problemas.....	<b>19</b>
• Modelo de autocontrol.....	<b>23</b>
• Modelo de autoeficacia.....	<b>27</b>
• Modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman.....	<b>28</b>
• Análisis de la aplicación de los modelos y técnicas de intervención.....	<b>32</b>

---



---

## **PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**2002-2003.**

• Características de la sede y ubicación del residente de medicina conductual.....	<b>33</b>
• Actividades diarias del residente de medicina conductual en el servicio de nefrología.....	<b>35</b>
• Fundamentación teórica que guió el trabajo clínico realizado en la sede.....	<b>37</b>
• Generalidades de la Insuficiencia Renal Crónica desde la perspectiva médica.....	<b>37</b>
• Aspectos psicológicos asociados a la insuficiencia renal crónica .....	<b>40</b>
• I.-Principales estresores.....	<b>40</b>
• II.- Déficit de adherencia.....	<b>43</b>
• III.- Respuestas emocionales.....	<b>47</b>
• IV.-Intervenciones cognoscitivo-conductuales.....	<b>48</b>
• Aplicación de las técnicas de intervención en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.....	<b>49</b>
• Actividades de investigación.....	<b>51</b>
• Construcción de la Escala de Autoeficacia Percibida para el Cumplimiento del Régimen Alimenticio para Pacientes Crónico-Degenerativos.....	<b>51</b>

---

---

• Caso clínico.....	54
• Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de los programas de intervención.....	61
• Evaluación de los programas de intervención desarrollados.....	62
• Actividades académicas dentro de la sede.....	63
• Evaluación de las actividades académicas.....	63
• Actividades profesionales no programadas.....	64
• Asistencia a eventos académicos.....	64
• Evaluación de la sede.....	65

## **SEGUNDA ROTACIÓN: HOSPITAL DE LA MUJER 2003-2004**

• Descripción de la sede y los servicios.....	66
• Descripción de actividades diarias.....	67
• Fundamentación teórica que guió el trabajo clínico dentro de la sede.....	70
• I.-Diabetes gestacional.....	71
• II.-Hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia.....	78
• III.-Hiperémesis gravídica.....	79

---

---

• IV.-Estrés prenatal.....	80
• Estadísticas de los pacientes atendidos en el Hospital de la Mujer.....	82
• Actividades de investigación.....	84
• Construcción de un Cuestionario de Estrés Laboral.....	84
• Análisis psicométrico de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en mujeres mexicanas.....	90
• Sesión típica.....	103
• Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de actividades dentro de la sede.....	105
• Evaluación de los programas desarrollados.....	106
• Actividades académicas y de docencia.....	107
• Evaluación de la sede.....	108
• Reflexiones sobre la experiencia clínica adquirida en el ámbito hospitalario.....	108
• <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>111</b>
• <b>Anexo 1. Programa de intervención grupal para manejo de estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica.....</b>	<b>128</b>

---

---

• Anexo 2. Escala de Autoeficacia Percibida para el Cumplimiento del Régimen Alimenticio para Pacientes Crónico-Degenerativo.....	.....144
• Anexo 3. Taller sobre el Manejo de la Diabetes Gestacional.....	.....148
• Anexo 4 Tríptico de Diabetes Gestacional.	
• Anexo 5 Tríptico de Manejo de Estrés.	

---

## INTRODUCCIÓN

En el año 2000 el 59% de las muertes en el mundo se debieron a enfermedades no transmisibles, (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, desórdenes de salud mental y accidentes). Además, se estima que para el año 2020 el 70% de enfermedades en el mundo estará integrado por enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

El crecimiento desproporcionado de estas enfermedades resulta en un gran sufrimiento humano y amenaza la economía de muchos países ya que la inversión económica y de recursos en el tratamiento de estos padecimientos es muy amplia, en el ámbito mundial el 70% de todos los gastos médicos se invierten en el tratamiento de enfermedades crónicas (OMS, 2003).

Para incidir en esta problemática económica y social una de las metas del Proyecto de Presupuestos por Programas de la OMS para el 2004-2005 es reducir la morbilidad prematura relacionada con las enfermedades no contagiosas y su estrategia es una respuesta extensa de vigilancia, prevención y manejo de estas alteraciones y sus factores de riesgo (OMS, 2003).

Los factores de riesgo asociados al aumento de estos padecimientos son el uso de alcohol y tabaco, dietas no saludables, inactividad física y carcinógenos ambientales (OMS, 2003) es decir, estilos de vida en los que el comportamiento de las personas está estrechamente vinculado con el desarrollo de la enfermedad o bien con el mantenimiento de la salud.

Considerando la prevención de enfermedades crónicas como una prioridad en los objetivos de la Organización Mundial de la Salud y la relación entre comportamiento-enfermedad, la Medicina Conductual emerge como un elemento clave en el desarrollo de programas para que las personas sanas y enfermas se adhieran a un estilo de vida saludable y que incorporen en su repertorio conductas y creencias que promuevan un estado de bienestar general.

La medicina conductual es un campo multi- interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr 1) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y 2) promover, mantener e intensificar la salud (Reig, 1985 en Godoy, 1991).

La medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal son las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de que utiliza el análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brady, 1979 en Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Así es como un especialista en medicina conductual, reconoce la importancia de la conducta y las cogniciones en la prevención y tratamiento de la enfermedad y provee a las personas de habilidades y conductas correctas para mejorar su salud física y mental mediante técnicas cognoscitivo-conductuales.

De acuerdo a Godoy (1991) el experto en medicina conductual tiene una amplia actuación en todos los niveles asistenciales, sus diversas acciones pueden ser agrupadas en tres áreas:

1. Evaluación y el tratamiento de trastornos específicos de la salud; incorporando una perspectiva multidimensional, incluyendo aspectos psicosociales en la actuación sanitaria (tradicionalmente reducida a los aspectos puramente biomédicos).
2. Potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud; otorgándoles una adecuada preparación y colaboración que les permita un mejor desempeño de sus roles y actividades profesionales; optimizando las relaciones enfermo-profesional de la salud, que tanta importancia tiene en la respuesta del paciente al tratamiento y en el seguimiento o cumplimiento del mismo, coadyuvando en la preparación de pacientes para los exámenes o tratamientos médicos, especialmente aquellos en que la actuación del profesional es muy intrusiva o aversiva, generando en los pacientes elevados niveles de ansiedad o conductas de evitación y, elaborando programas destinados al incremento de la adherencia terapéutica.
3. La promoción general de la salud y prevención de la enfermedad; mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y a mantenerlo vía la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.

Para lograr un mayor entendimiento de la labor del psicólogo con especialidad en Medicina Conductual en la atención de enfermedades médicas y promoción de salud, realicé el presente reporte de la experiencia profesional que obtuve como residente en el Hospital Juárez de México y en el Hospital de la Mujer.

A continuación describo las sedes en que roté, las poblaciones con las que trabajé, sus características médicas y psicológicas más relevantes, necesidades de intervención detectadas, técnicas terapéuticas utilizadas y una breve representación de los modelos de intervención.

Presento la Tabla 1 que resume la concepción de lo que se pensaba en el pasado debía ser el cuidado de la salud y de la ideología que guió mi trabajo hospitalario.

Tabla 1. Concepción del cuidado de la salud

Concepción del cuidado de la salud	Pasado	Futuro
Enfoque	Combatir la enfermedad	Construir salud
Énfasis	Factores ambientales	Factores conductuales
Causa de la enfermedad	Patógenos	Interacción entre huésped y patógeno
Rol del paciente	Receptor pasivo del tratamiento	Activo en su tratamiento y en su salud
Sistema de creencias del paciente	Irrelevante	De importancia crítica
Rol del médico	Determinar el tratamiento y proceso de salud	Colaborar en el tratamiento y proceso de salud

\*Adaptación de la versión original de Oakley, 2004.

### *Modelos de intervención que fundamentaron mi labor terapéutica en las sedes*

El residente en medicina conductual se ocupa de todos los problemas psicológicos ligados al proceso de la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación/cronificación y rehabilitación). Trata el impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, el efecto psicosocial de la hospitalización, al igual que promueve la solución de problemas que pueden plantearse en la relación médico-paciente: comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones.

Bajo este contexto las necesidades de intervención psicológicas más frecuentes son:

- Problemas de adherencia al tratamiento.
- Problemas asociados a la asunción del rol de enfermo.
- Trastornos emocionales derivados de la enfermedad.



- Problemas vinculados con el apoyo familiar.
- Problemas psicológicos asociados a los cambios permanentes producidos por la enfermedad y de adaptación al medio.

Dadas estas necesidades, mi principal función dentro de las sedes fue diseñar y aplicar programas de intervención dirigidos a promover el ajuste psico-social a la enfermedad crónica, entrenar a los pacientes para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una adecuada adaptación; específicamente en personas con insuficiencia renal crónica y mujeres con embarazo de alto riesgo o complicaciones ginecológicas.

Para lograr estos objetivos utilicé técnicas terapéuticas derivadas de distintos modelos de intervención; en este apartado describo técnicas, procedimientos y modelos de intervención que emplee con mayor frecuencia en el ámbito hospitalario; sin embargo, no es una revisión exhaustiva, ya que mi propósito se limitó a establecer las bases teóricas generales de mi actividad terapéutica.

#### *Evaluación clínica*

Es importante señalar, que en los hospitales las intervenciones terapéuticas en la mayoría de las veces son de tiempo limitado, incluso de sesiones de veinte minutos, por lo que la evaluación es breve y simultánea con el proceso terapéutico.

La entrevista es parte de la fase de evaluación y consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognoscitivo y el estado emocional de las personas. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento (Gavino, 1997).

La entrevista clínica posee la flexibilidad suficiente para adecuar el proceso de evaluación a las características de cada paciente y es de mucha utilidad dentro del ámbito hospitalario (Salamero, Peri y Gutiérrez, 2003).

La observación directa del comportamiento durante la entrevista así como el informe verbal del paciente, constituyen piezas fundamentales de información, la entrevista inicial trata de obtener la mayor cantidad y la mejor información pertinente para iniciar la intervención (Castro y Greiff, 1998).

Asimismo, es de utilidad para proporcionar información al paciente sobre la metodología y las condiciones de trabajo, así como clarificar sus expectativas respecto a los resultados (Haynes y Jensen, 1979 en Castro y Greiff, 1998).

De acuerdo con lo que proponen Sierra, Buela-Casal, Garzón y Fernández (2001) el tipo de entrevista que realicé en la mayoría de las intervenciones fue diagnóstica y terapéutica, valoraba la biografía del paciente, sus conocimientos, habilidades, opiniones, creencias y actitudes, así como las características generales de personalidad, también, promovía la solución de problemas conductuales y emocionales mediante esta técnica. Los principales objetivos de la entrevista fueron: establecer una relación adecuada, obtener información, conceptualizar el problema, formular una hipótesis, definir las metas terapéuticas, elegir las técnicas de intervención y evaluar los procesos y resultados terapéuticos. A su vez, durante la evaluación me apoyé en informes de otros profesionales y de la familia.

#### *Psicoeducación*

Los pacientes pueden experimentar una falta de información en relación con su estado físico, a veces les resulta ajena la terminología médica y las diferencias en el nivel educativo, los antecedentes étnicos o la clase social entre el médico y el paciente pueden contribuir a generar problemas de comunicación. Como resultado, el enfermo puede olvidar o malinterpretar gran parte de la información que los médicos le proporcionan (Brannon y Feist, 2000/2001).

Por ello es importante que el psicólogo coadyuve en la tarea de promover mayor comprensión de la información mediante intervenciones educativas. Las estrategias de tipo educacional están dirigidas a elevar la seguridad del paciente frente a sus síntomas o problemas, intentando inducir una sensación de mayor de control (Salamero, Perí y Gutiérrez, 2003).

Muñoz y Gutiérrez (1995) afirman que la información es un aspecto muy importante en cualquier etapa de la enfermedad, por ello debe considerarse que:

- No todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información, por tanto debe ser individualizada y adaptada a las demandas del paciente.
- La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo pero que provoca ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias.
- Existen aspectos en que la información oral es conveniente acompañarla con información escrita que el enfermo pueda llevar a casa.

La educación terapéutica consiste en enseñar al enfermo a adquirir y mantener habilidades y destrezas que le permitan atender en forma óptima su vida cotidiana, manejando adecuadamente el control de su enfermedad. Este proceso educativo, continuo e integral, puede y debe ser realizado por equipos de salud multidisciplinarios; con el objetivo principal de que el paciente tome la responsabilidad por su propia salud y mantenga o mejore su calidad de vida (Muñoz y Gutiérrez, 1995).

La psicoeducación es económica y altamente eficiente en prevenir complicaciones y mortalidad en las enfermedades. La mayoría de los programas de educación terapéutica en pacientes tienen metas muy específicas en cambiar actitudes y proporcionar conocimientos de acuerdo con el tipo de enfermedad. Las intervenciones educativas proporcionan información y/o habilidades. La información puede ser referente a la naturaleza de la enfermedad, al conjunto de conductas de auto cuidado, y a las

consecuencias positivas y negativas de no llevar a cabo las recomendaciones de salud (Haynes y Roter, 1985 en Schechter y Walker, 2002).

La educación puede ser instrucción individual o en grupo, en un formato escrito o con medios audiovisuales (videtape, software multimedia, o acceso a sitios especiales de internet). Del tipo que sea, el elemento clave para que las estrategias educacionales sean efectivas es que se proporcione de una forma simple, con mensajes claros, que se adecue al individuo y verificar que el mensaje ha sido entendido (Schechter y Walker, 2002).

Son innumerables las condiciones clínicas en las cuales se ha desarrollado la educación terapéutica. Según el Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, la educación terapéutica ha demostrado particularmente su utilidad en la atención de las siguientes condiciones: cáncer, ostomizados, hipertensos, cardiopatías, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia renal, etc. (OMS, 1998).

Obviamente los programas de educación para estas condiciones clínicas son diferentes y deben ser adaptados a las necesidades y requerimientos de cada grupo en especial. Su adecuado desarrollo y puesta en práctica representa una importante reducción en hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, significando una valiosa disminución en los gastos sanitarios de atención médica (OMS, 1998).

### *Entrenamiento en relajación*

La tensión es un aviso físico de que algo no funciona bien. Se produce habitualmente debido a algún acontecimiento reciente que ha producido una agitación interna. En presencia de la amenaza, el cuerpo despliega sistemas defensivos que conducen a una mayor activación fisiológica. Esta activación se traduce normalmente como un aumento de la tensión muscular, de la tasa cardíaca, de la respiración y la presión sanguínea, entre

otros efectos. Cuando la activación física continúa durante largos períodos tiene, generalmente, efectos perjudiciales sobre los procesos mentales y físicos, esto sugiere que el reducir o eliminar la tensión, mediante la relajación, puede ser benéfico (Rice, 1998).

La tensión y relajación son estados del cuerpo que corresponden a dos partes del sistema nervioso autónomo, al sistema simpático y al sistema parasimpático respectivamente. Estos dos sistemas son inhibidores recíprocos y por medio de la práctica de relajación, se puede poner bajo control el sistema parasimpático y disminuir la activación fisiológica que provoca la tensión (Rice, 1998).

Las cuatro clases de relajación más difundidas son: 1) la relajación muscular progresiva, 2) relajación meditativa, 3) relajación autogena y 4) las imágenes guiadas. Estos cuatro enfoques han mostrado éxito en ayudar a pacientes a afrontar problemas relacionados con el estrés, como la cefalea, los trastornos por ansiedad, el dolor dental, el malestar en el parto y la hipertensión (Brannon y Feist, 2000/2001).

En el entrenamiento en relajación, el instructor se centra en los signos de tensión física de la persona, le explica que esta tensión exacerba el estrés y sugiere que la relajación le ayudará a disminuirlo; le expone que la respuesta de relajación es incompatible con la tensión, y más que ser un estado mental es un estado físico, que no interfiere con el estado de alerta que se requiere para responder a las demandas del medio ambiente (Cautela y Groden, 1988).

En 1930, el fisiólogo Jacobson desarrolló la técnica de relajación progresiva. En este método, el paciente aprende a tensar y a relajar todos los músculos siguiendo un orden determinado y, al mismo tiempo, aprende a percibir las sensaciones que desarrolla en las fases de tensión y relajación. La relajación progresiva de Jacobson, se basa en darse cuenta de las tensiones musculares que tenemos en el cuerpo. Se enseña a través de

ejercicios que permiten distinguir entre la tensión y la distensión de los diferentes músculos (Cautela y Groden, 1988).

Para reducir la tensión también existe la técnica de imaginación guiada, que se basa en la visualización, en la creación de imágenes dirigidas y en escuchar música; se le indica al sujeto que imagine que está relajado y en un sitio particularmente tranquilo y agradable, y que trate de generalizar la sensación que percibe en ese momento. Por otro lado, el entrenamiento autógeno es un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a órdenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio (Cautela y Groden, 1988).

- *Estrategias cognoscitivas*

Se basan en el entrenamiento del individuo en técnicas que mejoren su capacidad de auto-observación y auto-corrección de sus pensamientos, su conducta y sus emociones. Algunas técnicas entrenan al individuo a interpretar situaciones de una manera menos amenazante. Otras técnicas cognoscitivas enseñan a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad, tendencias individuales que generan estrés, etc., para después enseñar a cambiar estas tendencias o procesos (Meichenbaum, 1985).

Las estrategias cognoscitivas provienen de las terapias cognoscitivas que de acuerdo a Dobson y Dozois (2000) se basan en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognoscitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognoscitivos.
- La modificación del procesamiento cognoscitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las terapias cognoscitivas enfatizan Dobson y Dozois (2000):

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
- El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

A continuación describo dos modelos de terapia cognoscitiva de los que aplique algunas de sus técnicas en mi actividad terapéutica.

#### *Terapia Racional – Emotivo- Conductual*

Fue desarrollada por Albert Ellis en 1962 y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales). Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden (Méndez, Olivares y Moren, 1998).

La terapia racional emotivo conductual tiene una forma establecida de ver al ser humano, considerándolo como un científico capaz de utilizar la lógica y las pruebas empíricas y formular una filosofía básica propia. La tendencia a formular dicha filosofía en forma flexible o rígida constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo. Por esta razón, procura conseguir un cambio filosófico profundo en el paciente que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

La teoría racional- emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como: "debo", "tengo", "es mi obligación" etc. Estas creencias son consideradas como irracionales, porque suelen, (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas consigan sus metas y propósitos (Dryden y Ellis, 1989).

Ellis (1962) propone que las tres principales creencias irracionales (primarias) son:

1. Referente a la meta de aprobación y afecto: "tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".
2. Asociada a la meta de éxito y competencia o habilidad personal: "tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".
3. Vinculada a la meta de bienestar: "tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Por otro lado Ellis (1986) expone las creencias irracionales (secundarias) derivadas de las primeras:

- Tremendismo: tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
- Baja tolerancia a la frustración o "no puedo soportarlo" propensión a exagerar lo insoportable de una situación y calificarla como insufrible.
- Condenación o "evaluación global del ser humano" inclinación a evaluar como "mala" le esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual.



La terapia racional emotiva implica el uso de un método de cuestionamiento científico-lógico, empírico para debatir las creencias irracionales detectadas en el paciente mediante preguntas retóricas (Ellis y Russell, 1986). Sin embargo el terapeuta no solo aplica el debate en sus intercambios con el paciente, sino que enseña a sus pacientes a aplicar el método ellos mismos (Bar, 1980).

El proceso por el que se produce el cambio en el paciente puede comprenderse imaginando la consulta en términos de una cadena de acontecimientos A-B-C-D-E-F (véase Tabla 2).

Tabla 2. Fases y objetivos que integran la Terapia Racional Emotivo Conductual

FASES	OBJETIVOS
A	Establecer los acontecimientos activadores, los pensamientos o los sentimientos que tienen lugar justo antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o de que actué de modo contraproducente.
B	Desvelar las creencias irracionales que median entre los elementos activadores y la perturbación emocional o la conducta desadaptativa.
C	Codificar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que tienen lugar como consecuencia de las creencias irracionales.
D	Discutir las creencias irracionales sostenidas en B, bien de modo socrático o por otros medios.
E	Poner de relieve las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de las creencias irracionales (desadaptativas).
F	Codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración de las creencias irracionales.

\*Versión original de Méndez, Olivares y Moreno (1998).

Por otro lado, la terapia racional emotivo conductual emplea una aproximación multidimensional que incorpora técnicas cognoscitivas, emotivas y conductuales. Sin embargo su principal herramienta terapéutica es el método lógico-empírico de cuestionamiento científico, desafiando y debatiendo creencias irracionales de los individuos. En este enfoque el terapeuta puede seleccionar entre una amplia variedad de técnicas incluyendo el auto-monitoreo de pensamientos, biblioterapia, juego de roles, modelamiento, imaginación, ejercicios contra la vergüenza, métodos de relajación, condicionamiento operante y entrenamiento de habilidades (Ellis, 1979).

Ellis (1986) clasifica las principales técnicas de la terapia racional emotivo conductual en función de los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

a) Técnicas cognoscitivas:

1. Detección: consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autoregistros de las creencias irracionales, permitiendo su identificación.
2. Refutación: establece una serie de preguntas que el terapeuta y/o el paciente emplean para debatir las creencias irracionales.
3. Discriminación: el terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
4. Tareas cognoscitivas para casa: se utilizan autoregistros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado refutación, biblioterapia y cintas de casetes sobre temas generales de terapia racional.
5. Definición: se enseña al paciente a utilizar el lenguaje de manera más racional y correcta (en vez de decir no puedo, decir, todavía no he podido).
6. Técnicas referenciales: se solicita al paciente hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
7. Técnicas de imaginación: la imaginación racional emotiva donde el paciente piensa en una imagen del suceso aversivo y modifica su respuesta emocional, desde una

emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional. La proyección en el tiempo; el paciente se imagina a sí mismo, afrontando con éxito eventos negativos pasados o futuros a pesar de su valoración catastrofista.

b) Técnicas emotivas

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente; se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como modelamiento de su propia autoaceptación.
2. Métodos humorísticos: con ellos se ayuda a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
3. Autodescubrimiento: el terapeuta muestra que ha tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelar una actitud de aprendizaje.
4. Uso de modelado vicario: se emplean historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
5. Inversión del rol racional: se pide al paciente representar en una situación simulada, una escena en la que hace uso de la creencia racional y comprobar así sus nuevos efectos.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: se motiva a la persona a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos que le provoca exponerse a la crítica de la gente.
7. Ejercicio de riesgo: se incita al paciente a asumir riesgos calculados.
8. Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.
9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías; se motiva al individuo a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de las creencias irracionales.

c) Técnicas conductuales:

1. Tareas para casa de exposición a situaciones evitadas.
2. Técnica de "Quedarse allí": se alienta al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
3. Ejercicios de no demorar tareas: la persona en tratamiento realiza una lista de acciones pendientes, ordena estas acciones de acuerdo a su importancia y estipula un plazo límite para realizarlas.
4. Uso de recompensas y castigos: se enseña al paciente a reforzar sus afrontamientos racionales y a castigar sus conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

*Terapia cognitiva de Beck*

Aarón Beck en 1962, crea la terapia cognitiva, un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Hace énfasis en que los pensamientos distorsionados y las interpretaciones cognoscitivas poco realistas de los eventos afectan negativamente los sentimientos y conductas de los individuos (Dobson y Dozois, 2000).

La terapia cognitiva sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan sin que la persona se percate de su papel. Esos significados subyacentes y tácitos reciben el nombre de esquemas cognitivos y son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia (Dobson y Dozois, 2000).

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (ansiedad, rabia o depresión y trastornos de conducta). A esas cogniciones se les denominan pensamientos automáticos (Dobson y Dozois, 2000).

El objetivo de la terapia cognitiva es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979/1983).

Algunas de las técnicas de la terapia cognitiva son (Beck et al., 1979/1983).

1. Detección de pensamientos automáticos: consiste en un entrenamiento en el autoregistro de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.
2. Clasificación de las distorsiones cognitivas: a partir de los registros se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos.
3. Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos: se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando

los errores lógicos de las interpretaciones.

4. Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales: a partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una de asociación a partir de los pensamientos (cadena inferencial o flecha descendente) se hipotetizan los esquemas que los sustentan, que después se intentan reanalizar de manera parecida a los pensamientos automáticos.
5. Concretizar las hipótesis: las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones se definen de forma concreta y para ello se le solicita al paciente que refiera características o ejemplos de las situaciones que elicitán los pensamientos.
6. Reatribución: la persona sin evidencia suficiente se hace responsable de sucesos que le provocan culpa, entonces, se analizan los posibles elementos que pudieron haber influido en la situación de la que se cree exclusivamente responsable.
7. Descentramiento: el paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recopilación de información proveniente de otros (diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.
8. Descatastrofización: el paciente puede anticipar eventos que le provocan ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, sometiendo a evidencia empírica los temores de la persona.
9. Manejo de supuestos personales: se pregunta a la persona si su interpretación le parece razonable, productiva o de ayuda; si hay evidencia para mantenerla; se le pide listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa interpretación y se diseña un experimento para comprobar la validez de la interpretación.
10. Asignación de tareas graduadas: cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con la persona una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta el logro de la conducta meta.

MEDICINA CONDUCTUAL

11. Entrenamiento asertivo: se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese sus derechos, peticiones y opiniones personales, de forma respetuosa y desinhibida.
12. Entrenamiento en relajación: se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.
13. Ensayo conductual y juego de roles: se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas de ejecución para su puesta en práctica.
14. Exposición en vivo: la persona se enfrenta de forma gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que modifica sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

En el sentido más amplio, el término terapia cognoscitiva abarca no solo técnicas como la reestructuración cognoscitiva (técnicas que intentan descubrir y cambiar cogniciones asociadas al malestar psicológico o al comportamiento inadaptativo) sino también técnicas como la resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971; Mahoney, 1977 en Sank y Shaffer, 1984).

*Modelo de Solución de Problemas*

De acuerdo a Mahoney y Arknoff, (1978) en Becoña (1995) entre las terapias de solución de problemas se distinguen: la terapia de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

Sin embargo, Becoña (1995) afirma de estas tres terapias, la que más atención ha recibido, es la terapia de solución de problemas de D'Zurilla, que en los últimos años ha sido denominada como terapia de solución de problemas sociales (D'Zurilla y Nezu, 1982 en Becoña, 1995), dado que los problemas con los que se enfrenta una persona

pueden ser tanto personales como interpersonales. Los conceptos más importantes de este modelo son:

La solución de problemas que puede definirse como “un proceso autodirigido cognoscitivo-afectivo-conductual por el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones adaptativas para problemas específicos de la vida diaria”. (D’Zurilla y Nezu, 2000, p. 211).

Un problema o (situación problemática) “es cualquier situación de la vida o tarea (presente o anticipada) que demanda una respuesta de funcionamiento adaptativa, pero que esta respuesta no es inmediatamente aparente o disponible para la persona” (D’Zurilla y Nezu, 2000, p. 212).

Una solución “es una respuesta de afrontamiento o patrón de respuestas (cognoscitivas y/o conductuales) efectivas para alterar una situación problemática específica. Una solución efectiva es la que hace disponible la meta de la resolución de problemas (cambios en la situación y/o en las reacciones emocionales) y que al mismo tiempo maximiza las consecuencias positivas y minimiza las consecuencias negativas” (D’Zurilla y Nezu, 2000, p. 213).

En la terapia de solución de problemas sociales D’Zurilla y Nezu (2000) proponen los siguientes componentes del proceso: 1) orientación hacia el problema y 2) solución de problemas, a continuación se describe este proceso:

*Orientación hacia el problema:* consiste en reconocer que los problemas son parte de la vida diaria y engloba cinco conceptos importantes.

1. Percepción del problema; es una tendencia general de darse cuenta cuando existe un problema.
2. Atribución del problema; se refiere a lo que la persona piensa que provocó u originó el problema.



3. Valoración del problema; es la relevancia o significación personal y/o social que da el individuo al problema.
4. Percepción de control; tiene dos componentes: la auto-eficacia generalizada que se tiene sobre la solución de problemas y la expectativa de resultado, es decir que el individuo perciba su problemática factible de solución.
5. Compromiso tiempo/esfuerzo; también tiene dos partes; la probabilidad de que una persona calcule adecuadamente el tiempo que le llevaría solucionar un problema y la probabilidad de que el individuo le quiera dedicar tiempo y esfuerzo para solucionar el problema.

*Solución del problema* involucra la aplicación de cuatro habilidades diseñadas para maximizar la probabilidad de encontrar la solución más efectiva para un problema particular y consisten en:

1. Definición y formulación del problema; reside en la recolección de información relevante sobre el problema basada en hechos; la clarificación de la naturaleza del problema; establecer una meta realista de solución y revalorar la relevancia del problema para el bienestar personal y/o social.
2. Generación de soluciones alternativas; en esta etapa se hacen disponibles tantas alternativas de solución como sea posible, haciendo énfasis en tres principios básicos:
  - Principio de cantidad (mientras más alternativas de solución se produzcan, será más fácil encontrar la más deseable).
  - Principio de aplazamiento de juicio (no evaluar la viabilidad o utilidad de las soluciones propuestas, sino hasta una etapa más avanzada del proceso).
  - Principio de variedad (a mayor rango en la variabilidad de las ideas de solución, una mejor idea puede descubrirse).

3. Toma de decisiones, el objetivo de esta fase es evaluar (comparar o juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la "mejor"(es) para implementarla(s) en la situación problemática. Y consiste en la anticipación, evaluación y planeación de los resultados de la solución.

4. Ejecución y verificación de la solución, en esta etapa se realiza la estrategia elegida y se verifica su efectividad, comparando el resultado actual con el resultado esperado y si se considera el problema resuelto se promueve el autoreforzo. Si el resultado no ha sido el esperado, se requiere analizar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio.

Por otro lado, el entrenamiento en solución de problemas de Golfried y D´Zurilla (1969) enseña al paciente un proceso de generación y evaluación de alternativas de solución. Tiene una serie de etapas, no necesariamente secuenciales que son; definir una situación determinada como un problema ha ser resuelto; especificar metas realistas y en términos conductuales de cómo se consideraría el problema resuelto; generar un rango amplio de posibles alternativas o cursos de acción para solucionar la problemática; imaginar cómo se llevaría a cabo cada una de las alternativas de solución; evaluar cada una en términos de costo-beneficio; elegir la aparentemente más práctica y deseable, llevarla a cabo y finalmente evaluar si fue efectiva para solucionar el problema inicial.

La terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure postula que existe un conjunto de habilidades de solución de problemas interpersonales de tipo cognoscitivo que median el ajuste social y que estas habilidades se aprenden de la experiencia; la idea básica que subyace es que lo importante no es qué pensar, sino cómo pensar. Por ello si una persona carece de estas habilidades el entrenamiento en las mismas puede permitirle conseguir un adecuado ajuste social (Spivack y Shure, 1989 en Becoña, 1995).

La terapia de solución de problemas interpersonales involucra: 1) la práctica de reconocer un rango de posibles situaciones problemáticas en el ambiente; 2) la capacidad de generar múltiples alternativas de solución a los problemas interpersonales; 3) la habilidad de planear una serie de pasos necesarios para alcanzar una meta dada; 4) anticipar las consecuencias a corto y largo plazo de la alternativa elegida; y 5) identificar los elementos motivacionales asociados (Dobson y Dozois, 2000).

Por último, Becoña (1995) sintetiza que la ciencia personal de Mahoney es considerada, por su autor, una terapia cognoscitiva de aprendizaje, al reconocer simultáneamente la importancia de los procesos cognoscitivos y de los procesos de aprendizaje. Sus siete pasos están inspirados en la palabra inglesa *science* (ciencia), que son las siguientes:

S: especificar el área general del problema.

C: recoger información.

I: identificar las causas.

E: examinar las soluciones.

N: delimitar y experimentar.

C: comparar el progreso.

E: ampliar, revisar o reemplazar la solución.

### *Modelo de Autocontrol*

El autocontrol es un prerrequisito en el concepto de educación para la salud en la que se promueve el aprendizaje de competencias de autovigilancia y autocuidado, el autocontrol es importante debido al creciente interés por la autodisciplina, como consecuencia del elevado número de consultas relacionadas con problemas de alimentación, déficit de conductas prosalud, depresión, incumplimiento de las prescripciones médicas, etc. (Olivares, Méndez y Lozano, 1998).

Aunque es común que el concepto de autocontrol se relacione con inhibición de respuestas, en realidad tiene que ver más con la capacidad del sujeto para autorregular su propio comportamiento, con las habilidades para discriminar los componentes de una

conducta o cadena conductual por regular, así mismo, implica que el individuo tenga la habilidad para identificar los factores que influyen sobre su comportamiento y de esta manera, generar planes de acción para provocar los cambios que requiere (Baumeister, Heatherton y Tice, 1994)

El autocontrol es la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que resultan en la modificación deseada de la conducta de uno mismo (Cooper, Heron y Heward, 1987 en Baumeister et al., 1994).

Las técnicas de autocontrol son el conjunto de procedimientos a través de los cuales el terapeuta enseña a los sujetos estrategias que les permiten diseñar (auto) intervenciones con los objetivos de a) modificar la frecuencia, intensidad y duración, de sus propias conductas en diversos contextos por medio de la manipulación de consecuencias o la reorganización de las situaciones antecedentes (objetivo específico) y b) alcanzar metas a corto y largo plazo (Olivares et al., 1998). En la Tabla 3 se resumen en orden cronológico las aportaciones que han contribuido al origen y desarrollo de las bases teóricas del concepto de autocontrol.

En general, el procedimiento estándar de entrenamiento en autocontrol implica asesorar al paciente, para que éste adquiera nuevas competencias que le permitan, finalmente, reducir al mínimo la intervención del terapeuta. Consiste en una fase educativa o de información de todo programa de modificación de conducta, la fase de adquisición (ensayo de conducta, modelado, juego de roles, etc.) y la fase de generalización a situaciones ajenas al ámbito clínico.

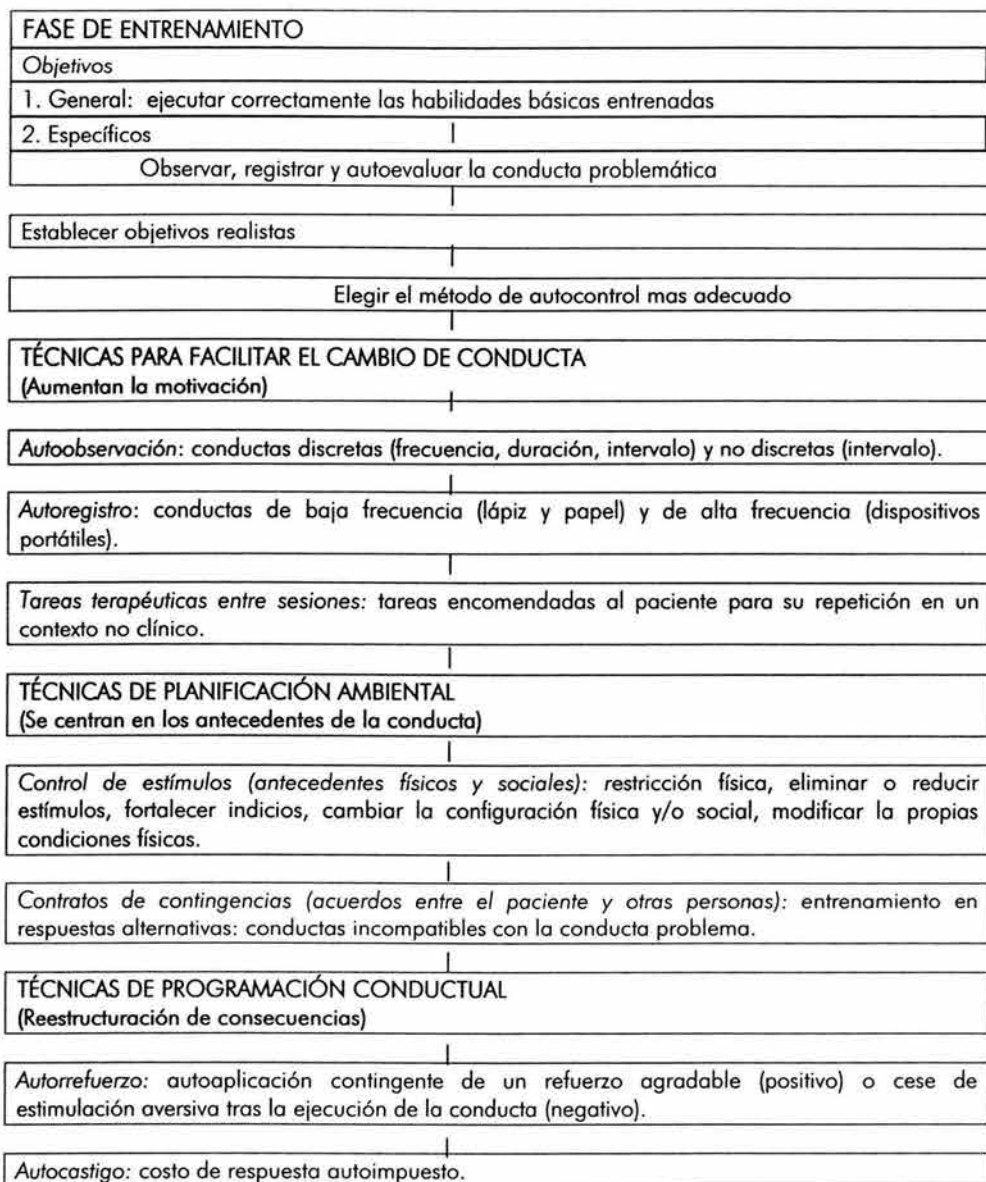
En el entrenamiento en autocontrol se enseñan a la persona los objetivos, habilidades básicas y técnicas que se necesitan para la modificación de hábitos mediante el autocontrol (véase Tabla 4).

Tabla 3. Cronología en el desarrollo teórico del concepto de autocontrol

AUTOR	AÑO	APORTACIÓN (ES)
Skinner	1953	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El autocontrol es un modo más de controlar el comportamiento a partir del propio repertorio conductual del sujeto.</li> </ul>
Rotter	1954	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conducta no es una función de la probabilidad objetiva del refuerzo externo contingente a la conducta sino de las expectativas del sujeto.</li> <li>• Expectativas de resultado: la conducta es función del valor subjetivo que el sujeto le concede al resultado de su conducta (refuerzo externo).</li> <li>• Locus de control (externo o interno).</li> </ul>
Mischel y Staub	1965	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideran el autocontrol como la habilidad de posponer una gratificación inmediata, pero considerada menos relevante, ante otra más lejana en el tiempo pero valorada como más gratificante.</li> <li>• Demora de la gratificación: consistencia de la conducta a través de las situaciones, con independencia de los reforzadores más inmediatos.</li> </ul>
Kanfer	1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concibe el autocontrol como el mantenimiento de una pauta de conducta a pesar de la existencia de las presiones externas del momento, a favor de una meta a largo plazo.</li> <li>• Tres fases (proceso natural):</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoregistro: recoge información sobre la conducta problema.</li> <li>2. Autoevaluación: compara la conducta problema con un patrón de referencia.</li> <li>3. Autorrefuerzo: permite regular el comportamiento mediante recompensas o castigo.</li> </ol>
	1977	
Thoresen y Mahoney	1974	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablan de autocontrol cuando una persona emite una respuesta, ante la "relativa ausencia" de controles externos inmediatos, para controlar la conducta de interés.</li> </ul>
Kazdin	1975	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La definición de autocontrol es "la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta" en esta definición el autocontrol es considerado propositivo en el sentido de que un individuo menciona que sus respuestas están designadas para obtener un resultado específico</li> </ul>
Bandura	1977	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Añade una variable más en la explicación del mecanismo de autocontrol:</li> <li>• Expectativa de autoeficacia: interpretación subjetiva de la propia capacidad de repuesta.</li> </ul>

\*Adaptación de la versión original de Olivares, Méndez y Lozano, 1998.

Tabla 4. Objetivos, habilidades básicas y técnicas de la fase de entrenamiento en autocontrol



\*Versión original de Olivares, Méndez y Lozano, 1998.

*Modelo de Autoeficacia*

Conforme al modelo de autoeficacia, ésta se define como "una capacidad generativa en donde un conjunto de habilidades cognitivas, sociales y conductuales se organizan en cursos integrados de acción que sirven para múltiples propósitos" (Bandura, 1986, p. 186.). La eficacia, como logro, requiere no sólo de poseer ciertas habilidades sino, además, de la creencia de que se ejecutarán correctamente. Este elemento de eficacia percibida es central para la consideración de los problemas clínicos desde el punto de vista de Bandura.

Las creencias de eficacia (tanto autoestimulantes como autodesvalorizantes) influyen en los pensamientos de las personas; en los cursos de acción que ellas eligen; los desafíos y metas que se plantean para sí mismas y su compromiso con los mismos; la cantidad de esfuerzo que invierten; los resultados que esperan alcanzar; la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos; su resistencia a la adversidad; el nivel de estrés y depresión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente y los logros que alcanzan (Bandura, 1986).

Conforme a la teoría de la autoeficacia, en la intervención terapéutica para promover el cambio, es necesario instigar a la persona a experimentar este sentido de eficacia personal en algún aspecto o situación específica de su vida, aún siendo un aspecto pequeño y menos significativo, posteriormente hacer lo mismo en otros aspectos con el fin de fortalecer el sentido de autoeficacia del paciente (Maddux y Lewis, 1995).

Las personas con una baja autoeficacia con frecuencia interpretan los hechos de manera distorsionada y negativa. De acuerdo con Maddux y Lewis (1995) estas son algunas estrategias para incrementar la autoeficacia integrando las fuentes de información:

- a. Discriminar entre los hechos pasados y las conductas del presente.
- b. Rescatar de la memoria no sólo las experiencias fallidas, sino las exitosas, e integrarlas como parte de su historia personal.

- c. Incrementar la congruencia entre las cogniciones, las emociones y las conductas.
- d. Modificar las atribuciones causales, en el sentido que los resultados los atribuya la persona a su propio esfuerzo y habilidades y no tanto al ambiente o las circunstancias.
- e. Incrementar el compromiso de la persona en el diseño de la intervención.
- f. Hacer uso de la persuasión verbal para que las personas se atrevan a tomar pequeños riesgos y dejar que algo distinto suceda.
- g. Aprender de manera vicaria.
- h. Imaginar la propia experiencia o a otros.
- i. Disminuir la activación fisiológica al estrés.
- j. Controlar los estados emocionales (con entrenamiento en relajación, biofeedback, meditación, hipnosis, farmacoterapia) o con experiencias guiadas.

*Modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman*

El modelo transaccional de estrés compromete a la evaluación cognoscitiva como un proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno son o no son estresantes.

El modelo transaccional de estrés considera los estresores, la respuesta fisiológica pero principalmente la evaluación cognoscitiva que hace el individuo de la situación, la cuál esta directamente relacionada con sus estrategias de afrontamiento y sus recursos.

De esta forma el interés por el estrés en sí mismo se desplaza en cierta medida hacia el afrontamiento (Lazarus, 1966).

Afrontamiento son "aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o



internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, p.164).

El estrés, la emoción y el afrontamiento son parte de un todo, coexisten entre sí, su separación se hace sólo por la conveniencia del análisis, pero su separación distorsiona el fenómeno que ellos integran (Lazarus, 1999).

Las respuestas de afrontamiento sirven para manipular o alterar el problema en el entorno causante de perturbación -afrontamiento dirigido al problema- o para regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia -afrontamiento dirigido a la emoción- este puede ser usado, por ejemplo, para alterar el significado de una situación y, por lo tanto, realzar el sentido de control del individuo sobre su estrés. El afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problemática persona-ambiente a través de resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de la propia conducta (Lazarus y Folkman, 1984).

Las intervenciones con enfermos crónicos, debieran estar enfocadas hacia la acción y a promover el afrontamiento dirigido al problema, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicio, tomar el medicamento, etc. Sin embargo en muchos casos es primordial modificar primeramente el afrontamiento a la emoción, para que el individuo este en condiciones de actuar (Lazarus, 1985).

La forma en que el individuo afronte la situación estresante dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada, se consideran relevantes la salud y energía (recursos físicos), las habilidades sociales, las técnicas de resolución de problemas, el apoyo social, los recursos materiales (recursos económicos) y las creencias positivas (Lazarus y Folkman, 1984).

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia Lazarus y Folkman (1984) mencionan tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el nivel de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Es muy importante señalar que el afrontamiento no es un proceso estático, sino que cambia constantemente en función de los resultados obtenidos anteriormente y con la adquisición de nueva información. Las funciones del afrontamiento son: regular la emoción, facilitar la toma de decisiones y acciones directas para eliminar los estresores.

Lazarus y Folkman (1984) mencionan las siguientes formas de afrontamiento al estrés:

1. Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
2. Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.
3. Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
4. Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
6. Huida- evitación: de la situación de estrés.
7. Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.
8. Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Un aspecto importante que interviene en el modo de afrontamiento son las estrategias de afrontamiento. Lazarus (1966) describe las siguientes estrategias de afrontamiento:

**Afrontamiento Cognoscitivo-Activo:** en el que el individuo analiza su evaluación sobre el evento problemático.

**Afrontamiento Conductual- Activo:** basado en conductas orientadas a enfrentar directamente el problema y sus consecuencias.

**Afrontamiento de evitación:** se presenta cuando la persona evita a toda costa, confrontar el evento problemático, reduciendo la tensión emocional mediante conductas tales como hacer más ejercicio, comer más, fumar más, etc.

Sank y Shaffer (1984) indican que en 1969, Cautela propuso enseñar a los pacientes cinco competencias básicas de afrontamiento o autocontrol: relajación, detención de pensamiento, desensibilización, asertividad, y sensibilización encubierta.

Sank y Shaffer (1984) refieren que en 1977, Meichembaum redactó una lista de lo que consideraba ciertos componentes comunes del tratamiento subyacentes a los diversos programas de competencias de afrontamiento. Estas características comunes incluían: resolución de problemas, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en relajación, el empleo de una presentación didáctica, modelado, ensayo conductual y tareas conductuales graduales; a su vez afirmó; que si se considera la naturaleza de la respuesta de afrontamiento ante el estrés resulta evidente la necesidad de un programa variado de tratamiento.

*Análisis de la aplicación de los modelos y técnicas de intervención*

En mi práctica hospitalaria pretendí vincular los principales modelos de intervención psicológica cognoscitivo-conductuales, mediante la implementación de programas de tratamiento en los que los objetivos terapéuticos fueron muy diversos incluso en una sola intervención. En general todos los modelos aquí descritos me fueron de utilidad y me ayudaron a clarificar los objetivos de intervención.

En el ámbito hospitalario las estrategias básicas son la psicoeducación y la evaluación; en mi experiencia en todas las intervenciones que realicé hubo un elemento psicoeducativo, lo que ayudó a promover en el paciente mayor sensación de control, la reestructuración cognoscitiva es una herramienta que permite ayudar al paciente hacer una reevaluación adaptativa de las condiciones de su enfermedad, del autocuidado necesario y de los cambios condicionados por la hospitalización, sin embargo, el debate que utilicé fue empírico más que filosófico, ya que es más evidente y comprensible para el paciente. El promover mayor autoeficacia en la persona es sustancial para aumentar su nivel de motivación para afrontar diferentes estresores y promover el cambio conductual.

El modelo de autocontrol fue efectivo en la mayoría de los casos. Se me dificultó que el paciente llevara a cabo autoregistros escritos a pesar de que le explicara la finalidad de esto, por lo que, la mayoría de las veces, el autoregistro se hizo de forma retrospectiva durante la intervención. Por su parte, el arreglo de estímulos resultó muy eficaz para promover autocontrol y el autoreforzo el paciente, frecuentemente, lo asoció a reforzadores intrínsecos (satisfacción por lograr controlarse; beneficios fisiológicos de controlar su dieta, etc.).

Una limitación de estos modelos dentro del ámbito hospitalario es que, debido al tiempo limitado de las intervenciones, el terapeuta tiene la oportunidad de aplicar las técnicas pero no siempre habilita o entrena al paciente en el manejo de las mismas.

PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO 2002-2003

*Características de la Sede y ubicación del residente de Medicina Conductual*

El Hospital Juárez de México es un hospital de tercer nivel que cuenta con supraespecialidades en las áreas de: medicina interna, cardiología, neumología, dermatología, endocrinología, psicología, pediatría, ortopedia, cirugía, trasplante renal, nefrología, etc.

El área a la que fui asignada en este hospital fue el Servicio de Nefrología, sus recursos son especialmente dirigidos a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). El servicio se divide en cinco áreas de funcionamiento donde los cuatro médicos adscritos rotan cada tres meses para supervisar cada una de ellas, a excepción del área de consulta externa en la que cada adscrito se responsabiliza de la atención que otorga durante el año.

- Consulta externa: en ésta los médicos atienden pacientes de primera vez y de seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento renal, ya sea agudo o crónico que no requiere hospitalización.
- Hemodiálisis: es un área física integrada por ocho cubículos, a la que asisten pacientes ambulatorios cada tercer día, para recibir una sesión de hemodiálisis y también, se da atención a algunos pacientes hospitalizados que requieren el procedimiento de emergencia. El médico adscrito a cargo supervisa el buen funcionamiento del área y da indicaciones sobre el manejo del paciente en cuanto a su sesión de hemodiálisis.
- Diálisis Peritoneal ambulatoria: en esta área una enfermera entrena a los pacientes que inician con el tratamiento de diálisis peritoneal, asisten al entrenamiento de uno a cuatro pacientes ambulatorios acompañados de un familiar, el entrenamiento es de dos semanas, y durante éste la enfermera les enseña generalidades de la enfermedad y su autocuidado, así como la forma de llevar a cabo el tratamiento por sí mismos. El médico

adscrito al área vigila que los pacientes en entrenamiento o aquellos que ya realizan la diálisis en casa no tengan complicaciones, como infecciones o mal funcionamiento del catéter peritoneal.

- Hospitalización: consta de 15 camas de hospitalización, distribuidas en dos cubículos generales, uno para mujeres, otro para hombres y uno más de aislamiento, en esta área se interna a aquellos pacientes que inician con la enfermedad, o bien, aquellos que ya han sido diagnosticados y que han tenido alguna complicación (peritonitis, retención del líquido de dializado, etc.), que ingresan para colocación de catéter o para que se les haga una biopsia renal.

El médico responsable del área de internamiento realiza el pase de visita y da las indicaciones médicas pertinentes. El área de hospitalización es la única del servicio de nefrología donde cada dos meses rota uno o dos médicos residentes de la especialidad de medicina interna del propio hospital, que apoyan en la atención de los pacientes del servicio de nefrología.

- Interconsultas: el médico adscrito responsable de esta función recibe y atiende las interconsultas de otros servicios médicos del hospital.

Básicamente la población que atiende el servicio de nefrología es adulta (mayores de 18 años), hombres y mujeres, los criterios para ingresar a los programas de atención de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria son muy estrictos, por ejemplo, para ingresar al programa de hemodiálisis el paciente requiere ser candidato aceptado en el protocolo de trasplante renal y la mayoría son pacientes jóvenes que inician con la enfermedad.

Para el programa de diálisis peritoneal ambulatoria, los pacientes requieren estar afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social o a alguna institución de seguridad social, que garantice que proveerá al paciente de las bolsas de diálisis que requiere, ya que éstas son muy costosas y es difícil que el paciente pueda financiar por sí mismo este tratamiento. Si alguna persona es diagnosticada con IRC pero no cuenta con los requisitos antes mencionados, el personal médico los refiere a hospitales de segundo nivel.

*Actividades diarias del residente de medicina conductual en el servicio de nefrología*

Las líneas de autoridad en esta sede fueron la jefa de Servicio de Nefrología; Dra. Socorro Vital Flores; el jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología; Dr. Ricardo Gallardo; la Supervisora *in situ*; Mtra. en Psic. Bertha Molina y la supervisión académica la llevó a cabo el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo.

Cuando ingresé al servicio de nefrología fue la primera vez que hubo residente de medicina conductual y no había actividades estipuladas para el residente, por ello realicé un cronograma de mis actividades con la supervisión de la jefa de servicio de nefrología, las actividades consistían en:

1. Visita médica diaria que se realizó con el equipo interdisciplinario del servicio de nefrología (médicos residentes de medicina interna, nefrólogos adscritos, estudiantes internos de medicina, personal de trabajo social y psicólogo), a cada una de las personas internadas en el área de hospitalización, con la finalidad de conocer a los pacientes y hacer una valoración sobre el requerimiento de intervención psicológica.

De acuerdo a las necesidades detectadas, realicé intervenciones dirigidas principalmente a los siguientes objetivos:

- Preparación psicológica para procedimientos invasivos quirúrgicos.
- Intervención no farmacológica para el manejo de hipertensión arterial.

- Psicoeducación.
  - Apoyo psicológico durante la comunicación de malas noticias.
2. Apoyo a los pacientes de la unidad de entrenamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, dando psicoeducación, promoviendo el apoyo social y el intercambio de experiencias entre los pacientes, además, sensibilizaba a los pacientes para que acudieran a la terapia de grupo que se daba los martes a las 11:00 de la mañana.
  3. En el área de hemodiálisis del servicio se daba seguimiento psicológico a los pacientes que acudían a esta modalidad de tratamiento, las intervenciones se dirigían principalmente a:
    - Fortalecer la adherencia al régimen alimenticio indicado por el médico.
    - Promover habilidades de afrontamiento adaptativas para IRC.
    - Modificar síntomas depresivos y de ansiedad que presentaban algunos pacientes.
  4. Otorgaba atención en consulta externa de psicología los días lunes de 11:00 a.m. a 2:00 p.m. y miércoles y viernes de 9:00 a.m. a 11:00 a.m. haciendo intervenciones dirigidas, principalmente, a la prevención de respuestas desadaptativas ante el diagnóstico de futura IRC, fortalecimiento de la adherencia terapéutica y manejo de trastornos depresivos y de ansiedad.
  5. Participé como co-terapeuta en la terapia de grupo de pacientes renales en el que junto con las residentes del Servicio de Trasplante Renal dirigimos las sesiones terapéuticas que se realizaban los martes de 11:00 a.m. a 12:00 a.m.



6. En el Hospital Juárez, una vez que un paciente ha concluido el protocolo de trasplante de riñón vivo/relacionado, se reúne un Subcomité de Bioética para determinar la viabilidad del trasplante, como parte del servicio de Nefrología asistí a las reuniones de subcomité y comité bioético que se llevaron a cabo.

*Fundamentación teórica que guió el trabajo clínico realizado en la sede*

*Generalidades de la insuficiencia renal crónica desde la perspectiva médica*

Es importante entender las generalidades médicas de la insuficiencia renal crónica , ya que una técnica empleada con esta población es la psicoeducación, mediante esta técnica se promueve en el paciente la comprensión del proceso de enfermedad y la importancia de las indicaciones terapéuticas. A continuación se realiza una revisión general sobre la IRC desde la perspectiva médica.

La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida funcional de los riñones en un 95%. Cuando se presenta un mal funcionamiento renal se acumulan sustancias dañinas y se pierden sustancias útiles para el cuerpo dado que las funciones del riñón, consisten en: eliminar la mayoría de los productos finales del metabolismo y las toxinas, mantener constante la composición del líquido que rodea las células y actuar como un órgano endocrino o formador de hormonas (Baxter Healthcare Corporation, 2000).

Las principales causas de la IRC son la nefropatía diabética y las alteraciones vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis); cuando estas dos enfermedades son controladas por el tratamiento, la enfermedad crónica asociada al riñón puede ser prevenida. En tercer lugar esta la glomérulo nefritis, una enfermedad que daña las unidades de filtrado del riñón, -llamadas glomérulos-, en muchos casos, la causa de esta enfermedad no se sabe, pero a veces puede ser heredada y otras se puede accionar por una infección. Otras causas son el abuso de algunos fármacos o de drogas como la heroína, y las degeneraciones quísticas (National Kidney Foundation [NKF], 2001).

Los factores de riesgo más importantes en la IRC son la edad, la raza, el género y los antecedentes familiares. La tasa de IRC en adultos entre 65 y 74 años es seis veces superior que entre los 20 y 44 años. Igualmente, las personas de raza negra presentan una tasa tres veces superior que las personas de raza blanca. Con relación al género, la incidencia es mayor en los hombres que en las mujeres; entre 55 y 60 % de los pacientes con IRC son varones (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD], 1998).

Entre las indicaciones terapéuticas para el control de la IRC están una dieta específica y la restricción de líquidos; los pacientes con IRC no pueden comer alimentos como chocolate, frutas y vegetales altos en potasio. El no cumplir con las restricciones de dieta condiciona altos niveles de potasio en el cuerpo que pueden resultar en complicaciones cardiovasculares (Wright, 1981).

Igualmente, los individuos con IRC requieren de una restricción sobre la cantidad de líquidos que se pueden consumir, lo que se debe a la incapacidad de los riñones del paciente para excretar fluidos. La cantidad de líquido que el paciente puede ingerir es determinada por el peso corporal de la persona y su función renal residual. Los excesos de consumo de líquidos pueden provocar una falla de congestión cardiaca, edema, vómito o muerte (Christensen, Benotsch y Smith, 1997).

La IRC es un proceso continuo en el que las nefronas pierden paulatinamente su función, requiriéndose tratamiento sustitutivo ya sea diálisis o trasplante. La diálisis es un tratamiento que elimina las toxinas que el cuerpo deshecha, cuando el riñón falla, y no puede hacer su trabajo.

La hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre, libera al cuerpo de toxinas, sal y líquidos adicionales; controla la presión arterial y ayuda al cuerpo a mantener el equilibrio apropiado de productos químicos, como potasio, sodio y cloruro. La hemodiálisis se lleva a cabo a través de un acceso vascular arterio-venoso; la sangre

es bombeada desde el cuerpo hacia una máquina que posee un filtro hecho de diminutos capilares de plástico, la sangre es purificada cuando los productos de deshecho se difunden a través de la membrana de estos diminutos capilares. Cuando la sangre está purificada retorna hacia el cuerpo. La frecuencia de hemodiálisis suele ser de 3 sesiones semanales con una duración de 3 a 4 horas cada sesión, puede realizarse en algún hospital o en la casa con ayuda de otra persona (Medicine Net, 2001).

La diálisis peritoneal es aquella en la cual una membrana del cuerpo es utilizada como filtro. Se introduce el líquido de diálisis en el peritoneo, luego de algunas horas se procede al vaciado del mismo, este tipo de diálisis aprovecha el revestimiento interior del abdomen para filtrar la sangre. Este revestimiento se llama membrana peritoneal, una solución purificadora llamada dializado (o solución para diálisis), se introduce al abdomen por medio de un tubo especial (catéter). Los líquidos, desechos y sustancias químicas pasan de los diminutos vasos presentes en la membrana peritoneal al dializado. Después de varias horas, el dializado se drena del abdomen y con él salen los desechos de la sangre. Este procedimiento se realiza varias veces al día, sin embargo, existe la posibilidad de realizarla en el hogar (NIDDKD, 1998).

El segundo tratamiento sustitutivo de la función del riñón, es el trasplante renal, una operación realizada por un cirujano para proporcionar un riñón sano a una persona que lo necesita. El riñón puede proceder de un donante vivo o de una persona fallecida. El cuerpo reconoce el órgano trasplantado como un elemento extraño e intenta rechazarlo. Para evitar este rechazo el enfermo trasplantado debe tomar medicamentos inmunosupresores, cuya función es disminuir la capacidad defensiva del organismo (Baxter Healthcare Corporation, 2000).

El tratamiento que requiere el paciente con IRC demanda muchos cambios en el estilo de vida, desde el horario, la alimentación, en el rol social y familiar y en el status económico; estos cambios aunados a las alteraciones en la percepción de la imagen corporal y la

percepción de dependencia del tratamiento para poder sobrevivir, tienen un alto impacto psicológico en el paciente nefrópata, temática que se desarrolla en el siguiente apartado.

*Aspectos psicológicos asociados a la insuficiencia renal crónica*

Los pacientes con IRC tienen una vivencia singular de la enfermedad, la cual depende de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno familiar (Allemand y Martín, 1997) y la calidad de vida que logran es resultado de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal, familia, equipo asistencial e inserción social (Alvarez, 1998).

Vidal (2003) afirma que existen una serie de variables que van a influir en la respuesta del enfermo renal, entre ellas se encuentran:

- Edad y/o momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico.
- Experiencias previas con el medio hospitalario.
- Estado físico del paciente (si existen enfermedades asociadas o anteriores a la IRC).
- Creencias y valoraciones personales en torno a la enfermedad.
- Estilos de pensamiento, estrategias de afrontamiento y autocontrol.
- Soporte emocional familiar y/o social del paciente.

Sin embargo, existen tres problemas psicológicos asociados a la IRC que son, el distrés psicológico, el déficit de adherencia y los cambios en el estado de ánimo.

*1.-Principales estresores*

En la IRC el conocimiento del diagnóstico involucra cambios significativos en el estilo de vida y una gran variedad de estresores crónicos recurrentes; entre éstos se encuentran los psicológicos y los fisiológicos.

Los estresores fisiológicos están estrechamente relacionados con complicaciones urológicas, nefrológicas y endocrinas de la enfermedad, las cuales, derivan en un deterioro físico y cognoscitivo del paciente con IRC. Así, por ejemplo, la fluctuación de la uremia causa una importante reducción de la energía física y es frecuente la sensación permanente de encontrarse enfermo, debido a síntomas como: náuseas, fatiga, mareos, dificultad para dormir, prurito, incapacidad para concentrarse, así como deterioro de huesos y nervios (Amigo et al., 1998).

Además, los efectos patofisiológicos de la IRC se caracterizan por disturbios en la bioquímica del cuerpo (alteración del equilibrio de agua en el cuerpo, acidosis metabólica, elevación de potasio, sodio, fósforo, calcio, magnesio, creatinina y ácido úrico) y disturbios en los sistemas orgánicos como hipertensión, anemia, irritación gastrointestinal, circulación deficiente, etc. (Stegman et al., 1995).

En los estresores psicológicos, destacan:

- La toma de conciencia, por parte del enfermo, de que su vida se encuentra amenazada ya que la mortalidad de los pacientes renales es alta, y muchas veces pueden ser testigos de las complicaciones del tratamiento en otros enfermos e, incluso, del fallecimiento de alguno de ellos (Amigo et al., 1998).
- La incertidumbre por la expectativa de vida y el miedo a morir debido a la enfermedad o al mal funcionamiento de la máquina de diálisis, lo cual, genera el sentimiento de que no se puede vivir así, son fuentes de estrés muy comunes en la IRC (Stegman, Duncan, Pohren y Sandstrom, 1995).
- Alteraciones en el autoconcepto e imagen corporal, generados por la percepción del paciente sobre la apariencia y función del cuerpo. Los pacientes con diálisis se perciben como parte de la máquina o bien perciben a la máquina con características humanas, incorporándola a su imagen corporal; se sienten incapaces de controlar el funcionamiento de su cuerpo y resienten la pérdida de partes de su organismo, como los

riñones o la sangre, lo cual causa una sensación de impotencia (Binik, Devins y Orme, 1989).

- La hospitalización o el requerimiento de la máquina se traduce en una pérdida de control para el paciente, ya que no puede tomar decisiones cotidianas, como cuándo comer y qué comer, cuándo va a dormir o a ejercitarse. Esta pérdida de control, al igual que, el manejo dietético, provoca sentimientos de insatisfacción que, a menudo, expresan los pacientes. También les causa un sentimiento de poco control que el grupo médico o del cuidado de su salud tengan más conocimiento de IRC que ellos mismos (Stapleton, 2000).
- La rotación continua del personal del servicio médico y, sobre todo, las inconsistencias en la enseñanza del autocuidado (Amigo et al., 1998).
- Sentimiento de no pertenencia a un grupo social, ya sea el laboral, el escolar o el interpersonal, debido a que la enfermedad y los tratamientos promueven cambios que limitan la actividad física y dificultan la planeación de actividades en las áreas personal, conyugal, familiar y social (Stapleton, 2000).
- El costo económico del tratamiento y las limitaciones físicas del paciente para trabajar provocan déficits en la situación económica, incertidumbre en el futuro y sentimientos de inadecuación en el paciente (Stapleton, 2000).
- Los cambios en la actividad sexual que están asociados con la ingesta de fármacos y la diálisis, tratamientos que influyen en la capacidad de erección y en el deseo sexual (Davison, 1986).

Cambios repentinos que el paciente debe realizar para su autocuidado. La diálisis, por ejemplo, requiere que los pacientes dediquen un tiempo considerable para llevarla a cabo; es necesaria la modificación de hábitos alimenticios para cumplir con una dieta estricta y la restricción de líquidos, además, es imprescindible el cumplimiento de las indicaciones sobre la ingesta de medicamentos. Todas estas modificaciones son complejas para el paciente y condicionan la ocurrencia de déficit de adherencia en pacientes con IRC, que es un problema mayor que incluso amenaza la sobrevivencia de los pacientes (Hailey y Moss, 2000). Dada la importancia de la adherencia terapéutica en los pacientes con IRC se desarrolla el tema por separado.

## II.- Déficit de adherencia

La adherencia terapéutica es un determinante primario en el éxito de los tratamientos, por lo que, un nivel elevado de adherencia incrementa los beneficios clínicos y favorece la efectividad de los sistemas de salud. El déficit de adherencia está asociado con muchos resultados indeseables, tales como la disminución del beneficio terapéutico, el requerimiento de más servicios médicos y de diagnóstico, además del incremento en la necesidad de medicación (DiNicola y DiMatteo, 1984).

Los riesgos del déficit de adherencia en la IRC, pueden variar dependiendo de la condición médica, desde un riesgo menor como un aumento en la sintomatología, hasta uno mayor como puede ser la muerte. Christensen y Ehlers (2002) citan estudios realizados entre 1997 y 2002 en los que se encontró que entre el 30% y el 60% de pacientes con tratamiento de diálisis, no es adherente a la dieta, la restricción de líquidos y al régimen de medicamentos.

Un indicador del riesgo de mortalidad por el déficit de adherencia es una investigación, desarrollada por Leggat et al. (1998) que estudió la influencia de cuatro medidas de adherencia en IRC (pérdida de sesiones de hemodiálisis; acortar la sesión; peso interdialisis y niveles de fosfato). Los resultados obtenidos con 6,251 pacientes muestran que: para un paciente que pierde una o más sesiones de hemodiálisis al mes, existe un

25% más de riesgo de morir en los siguientes dos años comparado con pacientes que no pierden sesiones. Reducir el tiempo de una o dos sesiones por mes no se relacionó con altos niveles de mortalidad, sin embargo, acortar tres o más sesiones en un mes aumentó en un 20% la mortalidad. La ganancia de peso interdiálisis se relacionó con 35% más de riesgo de morir y se observó que los pacientes con un nivel de fosfato elevado tienen un riesgo de mortalidad del 13%. Se concluyó que los pacientes que no cumplen con dos o más de los criterios de adherencia, incrementan en 36% el riesgo de morir, comparado con pacientes adherentes.

Otra investigación indica que el 33% de pacientes en hemodiálisis fallan en el cumplimiento de los requerimientos básicos del régimen de tratamiento (Cummings, Becker, Kirscht y Levin, 1981).

Para comprender estos resultados, es necesario saber que los pacientes tratados en la modalidad de hemodiálisis deben cumplir con tres indicaciones terapéuticas básicas:

1. Asistir a todas las sesiones de tratamiento y permanecer en éstas todo el tiempo.
2. Llevar a cabo una dieta restringida en proteínas, sodio y potasio, además de limitar y cuantificar su ingesta de líquidos.
3. Tomar la medicación en la cantidad, horario y frecuencia prescritas por el médico.

El cumplimiento de las restricciones en la dieta y en el consumo de líquidos y la toma del medicamento se evalúan mediante la determinación bioquímica de los niveles de potasio y fósforo en el cuerpo antes de la diálisis. Otro método común para medir la adherencia a la restricción de líquidos es medir el peso ganado interdiálisis.

A su vez, se han estudiado varios factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos que pueden estar relacionados con la conducta de adherencia de los pacientes con IRC. Respecto a los factores sociodemográficos, diversas investigaciones han mostrado que los pacientes jóvenes son quienes presentan mayores déficits de adherencia, principalmente



en el tratamiento de diálisis (Curtin, Svarstad, Andrés, Keller y Sacksteder, 1997; Ifudu et al., 1996; Leggat et al., 1998).

Aunque es importante conocer cuáles son las variables demográficas que predicen mayor riesgo de déficit de adherencia, Senski, Leger y Gilmourl (1996) sugieren que puede ser más útil investigar las creencias y actitudes que los pacientes tienen asociadas a la conducta de no adherirse y también mencionan que la depresión, tan común en pacientes con IRC, es un importante moderador de cogniciones que pueden influir en la adherencia.

En ese sentido, Schneider, Friend, Whitaker y Wadhwa (1991) analizaron los aspectos cognoscitivos y emocionales de la no-adherencia en 50 pacientes en tratamiento de diálisis. Los factores cognoscitivos fueron: percepción de adherencia a tratamientos anteriores, atribuciones del esfuerzo requerido, motivación para adherirse, expectativas de eficacia y de locus de control y las variables emocionales fueron depresión, ansiedad y enojo. La adherencia se midió a partir del peso ganado interdiálisis, encontrando que los factores cognoscitivos explicaron el 42% de la varianza en el peso ganado interdiálisis, sin embargo, los factores emocionales únicamente explicaron un 4%. Los autores concluyeron que la adherencia es una función del auto-control, y sugieren que las intervenciones para aumentar la adherencia se dirijan a aumentar la motivación y las atribuciones de la persona de ser capaz de seguir el régimen, más que tratar los estados emocionales negativos de los pacientes.

Aunado a esto, (Kaplan De Nour y Czaczkes, 1972 y Rosenbaum y Ben-Ari Smira, 1986 en Christensen y Ehlers, 2002) caracterizan al déficit de adherencia como un problema de autocontrol, citando la baja tolerancia a la frustración, la incapacidad de demorar la gratificación y la impulsividad como causas de la no-adherencia.

En otro estudio con una muestra pequeña de 45 pacientes, Martin y Thompson (1999) encontraron que los jóvenes que tienen un locus de control externo y depositan en el personal de salud o en los otros el control de su propia salud muestran niveles altos de potasio y depresión, además de un ajuste psicosocial pobre. Así el locus de control interno respecto a la salud, está relacionado con la percepción de competencia en salud, es decir, con la creencia de que uno es capaz de influir exitosamente en la salud y en la adherencia al tratamiento.

En la población con IRC, se ha observado que el estilo de afrontamiento del paciente es predictor importante del nivel de adherencia con respecto a la modalidad de diálisis que tenga; por ejemplo, un estilo de afrontamiento activo, dirigido a la búsqueda de información y vigilante, se asoció con una mejor adherencia a la dieta en pacientes con diálisis peritoneal sin embargo, no fue así en pacientes en modalidad de tratamiento de hemodiálisis (Christensen, Smith, Turner y Cundick, 1994).

Greco, Brickman y Routh (1996) estudiaron las variaciones étnicas en el afrontamiento relacionado con la adherencia, así como la relación entre depresión y el estilo de afrontamiento en 288 adolescentes y adultos con IRC candidatos a trasplante renal. La etnicidad fue dividida en 3 categorías: individuos de raza negra, blanca e hispanos. Los resultados indican que los hispanos y los de raza negra utilizan con mayor frecuencia estilos de afrontamiento maladaptativos, que no les permiten la adherencia al tratamiento. Además, que los individuos de raza negra presentan más síntomas físicos de depresión.

Otra variable psicosocial que ha sido empleada para predecir y explicar la adherencia es el nivel de apoyo social disponible para el paciente. Por ejemplo, Christensen, Smith, Turner, Holman, Gregory y Rich (1992) encontraron que la percepción de apoyo familiar está relacionado con la adherencia a la restricción de líquidos pero no a las de dieta; altos niveles de apoyo familiar están asociados con bajos niveles séricos de potasio y fósforo, sin embargo, los pacientes que no perciben apoyo o sienten que la familia

promueve en ellos un sentido de culpa, no se adhieren ni al régimen dietético ni al médico (Boyer, Friend, Chlouverakis y Kaloyanides, 1990).

### *III.- Respuestas emocionales*

Christensen y Ehlers (2002) a partir de la revisión investigaciones sobre la prevalencia de depresión en pacientes con IRC, estiman que es particularmente alta: entre 12-40% de pacientes reúnen criterios diagnósticos para desórdenes del estado de ánimo.

La alta incidencia de depresión es particularmente importante si se considera que ésta conlleva un detrimento sustancial en la calidad de vida de los pacientes con IRC, quienes tienen una prevalencia elevada de suicidio (Abram, Moore y Westervelt, 1971 en Christensen, Turner, Smith, Holman, y Gregory, 1991).

Sin embargo, la incidencia de depresión puede sobrevalorarse debido, entre otras causas, a los síntomas "depresivos" de origen urémico y, paradójicamente, la incidencia de suicidio se subestima, ya que existen muertes asociadas a la evidente falta de adherencia al tratamiento, que no se consideran en la tasa de suicidios (Amigo et al., 1998).

Cabe aclarar que algunos de los síntomas del síndrome urémico en la IRC son también componentes de la respuesta de depresión, éstos son: apatía, incapacidad para concentrarse, fatiga, anorexia, pérdida de peso, inhibición del deseo sexual y trastornos de sueño. Ante estas similitudes, es importante tener cuidado en la definición operacional de depresión, para no confundirla con el síndrome urémico (Binik et al., 1989).

Algunas de las investigaciones centradas en los determinantes de la depresión, consideran la pérdida de control que tiene el paciente con IRC en varias áreas de su vida como un factor precursor de depresión (Christensen y Ehlers, 2002).

Amigo, et al. (1998) mencionan otras reacciones psicológicas de la enfermedad renal, entre las que destacan: episodios de ansiedad y depresión en algún momento del tratamiento (Salmon, 1980 en Amigo et al., 1998). Obviamente, en aquellos casos en los que existe un nivel previo de ansiedad elevado, la diálisis lo exacerba, y algunas personas desarrollan fobias específicas a determinados elementos del procedimiento, especialmente a las agujas.

El trastorno de ansiedad generalizada parece más prevalente en las primeras etapas del tratamiento (especialmente durante el primer año), encontrándose que esta alteración llega a afectar a alrededor de un 30% de los pacientes (Long, 1995 en Amigo et al., 1998).

#### IV.- Intervenciones cognoscitivo-conductuales

La intervención cognoscitivo-conductual hace énfasis en identificar los problemas específicos que tiene el paciente, posteriormente, la intervención se dirige a modificar las evaluaciones cognoscitivas desadaptativas del individuo y promover conductas de afrontamiento eficaces hacia el problema identificado.

Algunos estudios sobre el efecto de la terapia cognoscitivo conductual con pacientes renales se describen a continuación.

Johanes (1998) evaluó las estrategias de afrontamiento de pacientes con IRC, después de una intervención cognoscitivo-conductual, quienes reportaron: búsqueda de información sobre la enfermedad, minimización emocional de la amenaza y búsqueda de afiliación.

En otra investigación realizada por May (1998), comparó la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve y la terapia cognoscitivo-conductual sobre el nivel de ansiedad de pacientes con IRC. Ambos grupos cambiaron significativamente en la disminución de ansiedad. Se concluyó que ambas intervenciones son efectivas para asistir al candidato a trasplante renal a prepararse para la cirugía al reducir su nivel de ansiedad.

En otro estudio, Hener, Weisenberg y Har-Even (1996) proporcionaron dos formas de intervención psicológica durante 8 semanas: terapia de apoyo y técnicas cognoscitivo-conductuales para promover el ajuste psicosocial en los pacientes con diálisis peritoneal en el hogar. Los participantes y sus cónyuges se distribuyeron en 3 grupos: un grupo de terapia de apoyo (18 parejas), un grupo cognoscitivo-conductual (18 parejas) y un grupo control sin intervención (24 parejas). Se aplicó un instrumento de autoreporte sobre el apoyo social percibido antes, durante y después del tratamiento. Los resultados indican que el grupo control mostró un deterioro en el ajuste psicosocial, mientras que, en los grupos con intervención se observó que las técnicas empleadas fueron efectivas para que la pareja auxiliara al paciente y que hubiera un mayor ajuste psicosocial. Se observaron pocas diferencias entre ambos tratamientos, aunque la mejoría se obtuvo en las áreas cognoscitiva, emocional y en las relaciones interpersonales, con pequeñas ganancias en el área conductual.

#### *Aplicación de las técnicas de intervención en el paciente con IRC*

En mi práctica en el servicio de nefrología observé, con frecuencia, los trastornos o déficits que en la literatura se asocian a la IRC; por otro lado, el conocimiento de las alteraciones médicas y psicológicas del paciente nefrópata me ayudó a entender mi papel como especialista en medicina conductual dentro del servicio, el cuál consistió en proporcionar un tratamiento integral al paciente, tanto en la fase de diagnóstico como en la de tratamiento.

Comprendí que mi objetivo general era lograr en el paciente un ajuste psico-social adecuado a las demandas de la enfermedad, promoviendo estrategias de afrontamiento adaptativas mediante entrenamientos cognoscitivos- conductuales.

En mi práctica en el servicio de nefrología las técnicas que utilicé con mayor frecuencia fueron:

- Técnicas de relajación, que ayudaron a los pacientes a disminuir las molestias físicas y psicológicas inherentes al proceso de diálisis.
- Reestructuración cognoscitiva y psicoeducación, que fueron de utilidad para ayudar al paciente a aceptar su diagnóstico de IRC, a entenderlo y a promover una interpretación adaptativa de su condición.
- Solución de problemas, a través de la cual se planearon estrategias de acción para facilitar la adherencia terapéutica, y resolver los conflictos laborales y familiares consecuentes de la enfermedad.
- El modelo de autocontrol, que sirvió para promover el cumplimiento a las indicaciones terapéuticas.

Dada la demanda atención, y debido a que los jefes de los servicios de nefrología y psicología estaban muy interesados en la modalidad de tratamiento grupal, diseñé un protocolo de intervención grupal en modalidad de entrenamiento cognoscitivo-conductual para el manejo de estrés (véase anexo 1), el cual mostraba las siguientes ventajas (Sank y Shaffer, 1984):

- Aprendizaje vicario.
- Promoción de la independencia.
- Percepción de apoyo social.
- Identificación con los otros.
- Compromiso público.
- Estímulo a través del éxito de otros.
- Menor costo.

*Actividades de investigación*

*Construcción de la escala de Autoeficacia Percibida para el Cumplimiento del Régimen Alimenticio para pacientes Crónico-Degenerativos*

En co-autoría con las psicólogas Anallely Nájera Peña, Beatriz Villarruel Rivas y Maetzin Ordaz Carrillo construimos la "Escala de Autoeficacia Percibida para el Cumplimiento del Régimen Alimenticio para Pacientes Crónico-Degenerativos", la cual se presentó en el Coloquio de Medicina Conductual y como cartel en el X Congreso Mexicano de Psicología, la versión del cartel que se expuso en estos eventos académicos se presenta a continuación.

La OMS (1997) reportó que el cumplimiento de regímenes dietéticos en enfermos crónico degenerativos oscila entre el 30 y 70%. Dentro de la literatura existente, los programas de intervención para cambiar hábitos alimenticios muestran porcentajes bajos de adherencia terapéutica, por ejemplo: en diabetes varían entre 50 y 86%, en enfermedad cardiovascular entre 13 y 76%, en reducción y mantenimiento de peso es menor de 50%.

Los cambios alimentarios constituyen un tratamiento muy importante para la hipertensión, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedad renal, además, la modificación de dieta sirve para promover la nutrición de pacientes con padecimientos como enfermedad obstructiva coronaria y cáncer. Sin embargo, el déficit de adherencia a la dieta en estas poblaciones es significativo y tiene importantes implicaciones, es decir, el incumplimiento o falta de cooperación, puede condicionar que una enfermedad crónica evolucione más rápido, deteriorando el funcionamiento físico del paciente.

Por otro lado, la Autoeficacia Percibida del paciente para adherirse a un régimen incrementa la probabilidad de llevarlo a cabo (Rapley, Fruin y Donna, 1999). En diferentes poblaciones médicas se ha observado que la percepción de autoeficacia está altamente relacionada con los niveles de adherencia al régimen terapéutico (Kyngäs,2000; Thompson, Auslander y White, 2001; Wilson y Ampey-Thornhill, 2001),

entendiendo la autoeficacia como qué tan capaz se cree la persona de llevar a cabo las conductas de adherencia y como un predictor de su nivel de cumplimiento real.

Identificar a los pacientes con baja autoeficacia, quienes tienen menor probabilidad de cumplir con las indicaciones dietéticas, incide en un nivel de prevención secundaria, estructurando intervenciones específicas para incrementar los niveles de cumplimiento al régimen alimenticio, mediante la promoción de mayor autoeficacia percibida en el paciente.

El objetivo de esta investigación fue construir un instrumento válido y confiable para evaluar el nivel de autoeficacia percibida para el cumplimiento del régimen alimenticio en los pacientes crónicos de hospitales de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. Este instrumento se puede facilitar la detección temprana de los sujetos en riesgo de no adherirse al régimen alimenticio, implementar el tratamiento oportuno y disminuir el gasto de recursos económicos y personales que implican la atención de complicaciones asociadas al incumplimiento de la dieta preescrita en enfermedades crónicas.

#### DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO MEDIDO

Autoeficacia percibida para el cumplimiento del régimen alimenticio: es un juicio que hace la persona de sí misma y de la percepción que tiene de su capacidad de llevar a cabo conductas de alimentación preescritas por su médico.

#### INDICADORES DE AUTOEFICACIA

*Magnitud:* se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar.

*Fuerza:* indica qué tan convencida y resuelta está una persona de que puede realizar una conducta determinada (Bandura, 1986).

*Generalidad:* es la medida en la que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar alguna actividad pueden extenderse a otras conductas o contextos similares (Maddux y Lewis, 1995).



#### MUESTRA

Participaron 144 personas y se eliminaron 33 aplicaciones incompletas en el análisis final del instrumento. La escala se aplicó a hombres y mujeres de edades entre 17 y 73 años ( $\bar{x}=35.95$ ,  $DE=13.44$ ), los cuales cursaban con una enfermedad crónica-degenerativa hacia dos años o menos y se atendían en el Hospital Juárez de México, el Hospital General de Atizapan o el Hospital de la Mujer.

#### PILOTEO.

La escala inicial constó de 66 reactivos, los cuales se que se aplicaron a 50 personas para evaluar el nivel de comprensión y discriminación de los mismos Se realizó un análisis de reactivos ítem-calificación total y se eliminaron las preguntas que obtuvieron un coeficiente de correlación menor a 0.20, por lo cual la escala final se conformó con 43 reactivos (véase anexo 2).

El análisis psicométrico de la escala final (43 reactivos), mostró un índice de consistencia interna con un Alpha de Cronbach =0.91,  $p=0.05$ . Se determinó la validez de constructo mediante un análisis factorial tipo VARIMAX de componentes principales, el cual arrojó cuatro Factores: *Generalidad*, *Fuerza*, *Magnitud* y *Conductas de protección* que en conjunto muestran 46.55% de la varianza explicada. Cada uno de los factores se analizó con índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, obteniendo coeficientes de 0.80, 0.77, 0.81 y 0.70, respectivamente.

#### CONCLUSIÓN.

De acuerdo a resultados obtenidos, se concluyó que esta escala es válida y confiable. Su aplicación aporta al profesional de la salud información para orientar su intervención en la modificación y mantenimiento de hábitos alimenticios en pacientes cuya enfermedad crónica lo requiere, además de coadyuvar en el tratamiento médico y mejorar la calidad de vida de las personas.

*Caso Clínico*

A continuación se presenta un caso que se presentó durante una sesión clínica del Servicio de Psicología, cabe mencionar que algunos rubros de la presentación se adecuaron a las peticiones del Dr. Gallardo, jefe del Servicio de Psicología y Psiquiatría del Hospital Juárez de México.

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE: L.V.V.

EDAD: 35 Años.

ESTADO CIVIL: casada.

ESCOLARIDAD: 6to. Semestre de bachillerato.

OCUPACIÓN: hogar.

RELIGIÓN: cristiana.

LUGAR DE NACIMIENTO: Cuernavaca, Morelos.

FECHA DE NACIMIENTO: 29 de septiembre de 1966.

LUGAR DE RESIDENCIA: Xicotencatl, Tlaxcala.

**II. FUENTE DE INFORMACIÓN**

La información se obtuvo mediante entrevista directa a la paciente y a su madre, complementándose con el informe de los médicos tratantes y las notas del expediente clínico. La información se considera confiable, sin embargo, es incompleta, debido a que el tiempo de valoración fue limitado.

**III. MOTIVO DE CONSULTA**

La paciente fue canalizada por el servicio de nefrología refiriendo a una mujer con estado depresivo, que se negaba al procedimiento quirúrgico. Por su parte la paciente expresó *"tengo miedo a morir; ya no hay nada que puedan hacer; me siento muy débil; dígame si me voy a morir; me preocupan mis hijos; mi familia ya no debió pasar por esto; me siento culpable; no debí haber dejado de tomar los medicamentos"* (sic.).

#### IV.-IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño, su facie es de abatimiento y tristeza, presenta reducción de energía física evidenciada por lentitud y debilidad de movimientos, con tono muscular disminuido. La paciente se muestra distraída (no pone suficiente atención, a veces hay que reformular las preguntas), con ánimo hipotímico, su lenguaje es coherente con volumen y velocidad disminuidos. Es cooperadora al interrogatorio y reactiva a los comentarios del terapeuta.

#### V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

En 1992 fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica secundaria a pielonefritis crónica bilateral, durante cuatro años fue sometida a tratamiento sustitutivo de la función renal en modalidad de diálisis peritoneal ambulatoria y posterior a un evento de peritonitis se decidió retirar el catéter Tenckhoff y llevar a cabo hemodiálisis.

En octubre de 1996 le realizaron una nefrectomía bilateral y en diciembre de ese mismo año su esposo fue aceptado como donador y se llevó a cabo el trasplante de riñón de forma exitosa; el injerto renal funcionó de manera adecuada durante cinco años con un manejo médico con inmunosupresores. Sin embargo, la paciente suspendió la ingesta de los medicamentos durante tres meses y en octubre del 2001 empezó a cursar con disnea de mediados esfuerzos, astenia, adinamia, hiporexia, por lo que acudió a consulta externa del servicio de nefrología. En esta cita, el médico le informa de la pérdida del injerto debido a que no tomó los medicamentos.

Cinco meses previos a la pérdida del injerto, la paciente se enteró de la supuesta infidelidad de su esposo: había una mujer que se identificaba como *"la amante"*(sic.) de su pareja, que le hablaba por teléfono y le decía que él no la quería, que sólo estaba con ella por compromiso y que se iba a divorciar. Refirió que las llamadas eran con una frecuencia de dos a tres veces por semana, lo cual la hacía sentirse triste. A partir de ese momento la paciente comenzó a sentirse abatida, cansada, con tristeza, con pérdida de interés en casi todas las cosas *"ya no jugaba con mis hijos, ni me preocupaba por*

ayudarlos con su tarea, quería estar sola (sic.); presentaba llanto fácil, insomnio, poco apetito, ideas de muerte “me sentía cada vez más triste y más desesperada, hasta me dieron ganas de morirme” (sic.), sin embargo, negó ideación suicida. Estas alteraciones afectaron su nivel de funcionamiento global, dejó de coser, de realizar las tareas del hogar y dejó de participar en las actividades de su congregación religiosa.

También cursó con síntomas de ansiedad: preocupación constante por una posible separación matrimonial, dificultad para concentrarse, miedo a volverse loca, taquicardia y parestesias. La paciente refirió que pensó que todos estos síntomas se los provocaban los medicamentos inmunosupresores y por ello, determinó dejar de tomarlos. Cuando perdió el injerto la paciente expresó haberse sentido culpable “mi familia ya no debe pasar por esto, ha sufrido mucho” (sic.).

#### VI.-PADECIMIENTO ACTUAL

A partir de la pérdida del injerto, la paciente ingresó por cinco meses al programa de hemodiálisis, debido a que no tenía acceso peritoneal para la diálisis, sin embargo, se le infectó el catéter mahurker colocado en yugular interna. Su estado de salud se complicó, debido a que no había forma de llevar a cabo la función sustitutiva del riñón; fue hospitalizada y los médicos le comunicaron que la única alternativa era intentar colocar un catéter en cavidad peritoneal, pero que las posibilidades de que funcionara eran mínimas. La paciente se negó al procedimiento y mientras tanto siguió con insomnio, llanto frecuente, apatía, automanifestaciones negativas “me voy a morir, estoy cansada, ya no quiero luchar” (sic.), con sentimientos de culpabilidad y expectativas negativas del futuro.

#### VII.-HISTORIA MÉDICA

Textual del expediente médico: enfermedades congénitas y de la infancia negadas. Padece hipertensión desde hace 7 años, además de la IRC comentada en antecedentes patológicos. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 12 años, ritmo regular 28 x

3. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, con una sola pareja. Gestas 5, partos 5. Niega consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

#### VIII.- SITUACIÓN FAMILIAR ACTUAL

Vivía en casa propia, la cual contaba con todos los servicios intra y extradomiciliarios, construida de cemento y tabique, constaba de tres recámaras donde habitaban 7 personas. La familia estaba constituida por la paciente, su esposo Juan y sus cinco hijos: Areli (16 años), Leticia (15 años), Judith (13 años), Juan (12 años) y Damaris (10 años).

Su esposo era contratista y viajaba constantemente por la República, en donde le daban trabajo, era quien sostenía económicamente a la familia. La paciente se hacía cargo del hogar hasta la pérdida del injerto. Su esposo se ausentaba entre uno y dos meses para irse a trabajar, regresaba y estaba poco tiempo en casa, su apoyo era principalmente instrumental y no tenía mucho contacto con los niños. La frecuencia de relaciones sexuales disminuyó significativamente (una vez al mes aproximadamente). Tras la enfermedad de la paciente la familia se mostró más unida, sus hijos se encontraban confundidos con la enfermedad de su madre y el esposo se mostró muy cooperador y preocupado por su salud. Desde que la paciente estaba hospitalizada Juan no tenía trabajo, ya que acompañó a su esposa en el internamiento por lo que no salió a buscar trabajo con la frecuencia necesaria, lo cual lo llevó a solicitar el apoyo económico de sus cuñados.

#### IX.- EXAMEN MENTAL DE EGRESO

Paciente femenina de edad aparente igual a la referida. Alerta, consciente y bien orientada en sus cuatro esferas (persona, tiempo, lugar y circunstancia); en adecuadas condiciones de aliño e higiene, vistiendo de acuerdo a su edad y sexo, con actitud cooperadora e interesada; sin facie característica, en ocasiones sonriente. Discurso de inicio espontáneo, emitido con velocidad, volumen y tono normales, sigue una dirección y llega a metas de forma clara. Coherente y congruente con el afecto el cual impresionó eufímico. El contenido de pensamiento se encontró dominado por planes a futuro, negó

ideas de desesperanza y de muerte. Memorias de fijación, reciente y remotas conservadas. Sin ideas delirantes ni alteraciones senso-perceptuales. Psicomotricidad normal. Atención y concentración discretamente disminuidas. Juicio dentro del marco de la realidad.

## X.- CONCLUSIONES

### *Análisis funcional*

Descripción de la conducta problema:

- Cogniciones: pensamientos de culpabilidad donde señaló haberse arrepentido de lo que hizo (dejar de tomar los inmunosupresores), expectativas negativas del futuro (pensamientos de que moriría y que todo saldría mal) y automanifestaciones negativas (ideas de minusvalía y desesperanza).
- Emociones: tristeza.
- Conductas motoras: enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras (habla, gestos, movimientos corporales), fatiga, pérdida de apetito, insomnio, llanto frecuente, disminución en la realización de actividades placenteras y aislamiento.

Características de la conducta problema:

- Intensidad de las emociones: 10 en una escala subjetiva de 1 a 10.
- Frecuencia: la mayor parte del tiempo, sobre todo por las noches.
- Duración: cursó con la sintomatología descrita durante 10 meses, sin embargo, incrementó con la pérdida del injerto y su máxima manifestación fue durante los 15 días que estuvo hospitalizada.

Antecedentes y consecuentes:

La paciente antes de ser hospitalizada cursaba con sintomatología depresiva, al ingresar al hospital, los médicos le informaron que la posibilidad de tratamiento (inserción de catéter en cavidad peritoneal) tenía pocas probabilidades de funcionar, debido a que la cavidad estaba saturada y que era la última opción de intervención médica.

En ese momento incrementaron en frecuencia y duración los síntomas depresivos antes descritos, y la paciente se negó a la intervención quirúrgica, lo cual la hizo sentir con poco control sobre la situación y su estrategia de afrontamiento fue la evitación, el aislamiento (no permitía visitas en su estancia hospitalaria, a excepción de su esposo, su madre y su hermana), creó atribuciones y expectativas negativas de sí misma y del futuro (las cogniciones referidas anteriormente). El estilo de pensamiento negativo y el déficit de actividades gratificantes favorecieron el mantenimiento de su afecto depresivo.

Los objetivos terapéuticos fueron:

- Atender a la demanda institucional, que era la negativa de la paciente al procedimiento médico. Ésta fue resuelta en la primera sesión, mediante el balance decisional, a través del cual accedió a que se le colocará el catéter, sin embargo, durante esta primera entrevista, detecté síntomas depresivos, que consideré necesario tratar. La intervención psicológica dirigida a la disminución de la sintomatología depresiva fue cognoscitivo-conductual, y se realizó en seis sesiones más, llevadas a cabo durante su estancia hospitalaria.

Los objetivos específicos de intervención para la sintomatología depresiva fueron:

- Cognoscitivos:

⇒ Dar a conocer a la paciente los principios de la terapia cognitiva de Beck.

⇒ Enseñar a la paciente a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con su estado de ánimo.

⇒ Modificar los supuestos depresivos de los que parten los pensamientos automáticos y que son la causa principal de la depresión.

- Conductuales:

⇒ Conseguir la realización de actividades gratificantes programadas para la remisión de sintomatología depresiva, mediante la técnica de dominio y agrado.

⇒ Promover la aserción positiva, que se refiere a la expresión adecuada de sentimientos positivos hacia otras personas, así como a presentar disculpas adecuadas.

⇒ Técnicas de distracción para la detención de pensamiento.

Tratamiento:

Técnica de balance decisonal para guiar a la paciente en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento médico.

Técnica de reestructuración cognoscitiva debido, fundamentalmente a su alto grado de pensamientos negativos.

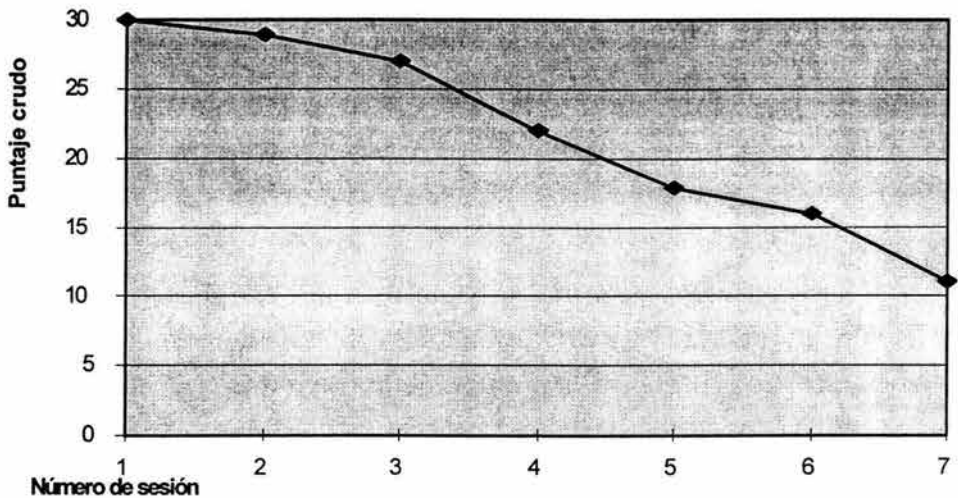
Planificación de actividades placenteras por su déficit de actividades.

Entrenamiento asertivo para promover la expresión de sentimientos de forma adecuada.

Resultados:

Para evaluar la efectividad de la intervención, se realizaron mediciones repetidas con la Escala Hamilton de Depresión, el nivel de depresión disminuyó de un puntaje de 30 a un puntaje moderado de 10, en sólo siete días, los resultados se muestran en la Figura 1:

Figura 1. Nivel de depresión de la paciente





La paciente disminuyó gráficamente las respuestas depresivas en sus tres dimensiones (cognoscitivas, conductuales y emocionales), sin embargo, hay que tomar en cuenta que las condiciones externas favorecieron la mejoría en el estado de ánimo de la paciente: el procedimiento médico que tenía pocas probabilidades de éxito funcionó, a partir de ese momento tuvo múltiples ganancias secundarias, entre ellas la atención y cuidado de su esposo.

#### XI.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

Al ingresar la paciente, presentaba trastorno de depresión mayor, de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995).

#### XII.- SUGERENCIAS.

Se indicó que la paciente recibiera psicoterapia individual debido a que las cogniciones sobre la pérdida del injerto requerían de un mayor análisis, ya fuera mediante la terapia cognitiva de Beck o la terapia racional emotivo conductual de Ellis, también se recomendó abordar el tema de relación de pareja y enfatizar el manejo de la adherencia.

#### *Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de los programas de intervención*

- Conocimiento sobre comportamiento, estilo de vida y su relación con la salud y enfermedad.
- Identificación de déficits y excesos cognoscitivos y conductuales mediante la técnica de entrevista.
- Establecimiento de objetivos terapéuticos de forma concreta y operacional.
- Diseño y aplicación de programas de intervención dirigidos a la modificación de hábitos y promoción de habilidades de afrontamiento.
- Diseño y aplicación de programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermedad y la vivencia de hospitalización.
- Aplicación clínica de diferentes técnicas cognoscitivo-conductuales.

- Entrenar a pacientes hospitalizados en habilidades sociales que promueven su máxima autonomía, sentido de control y mejoran su adaptación.
- Construcción de instrumentos y técnicas de medición.
- Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos cognoscitivo-conductuales en la práctica clínica.
- Manejo psicoterapéutico de grupos.
- Capacidad de trabajar interdisciplinariamente.
- Desarrollo de una actitud ética, empática y de respeto hacia el paciente.
- Habilidad para establecer componentes de relación con el paciente y sus familiares.

*Evaluación de los programas de intervención desarrollados*

El programa de entrenamiento grupal para el manejo de estrés intentó seguirse con las personas que asistieron al grupo terapéutico, sin embargo, fue muy difícil llevarlo a cabo como se diseñó debido a que no se logró conformar un grupo cerrado y que los pacientes fueran constantes en su asistencia, ya que, por problemas económicos o complicaciones de salud no asistían a todas las sesiones. Por otro lado, el procedimiento propuesto no se adecuó a las características educativas y físicas de la población, por ejemplo, su bajo nivel de energía, fue difícil dirigir las dinámicas y en el momento de la intervención se cambiaron de acuerdo a las demandas inmediatas de los pacientes.

Por los problemas antes descritos, propuse modificar el programa en los siguientes aspectos: rediseñarlo para un grupo abierto, simplificar el contenido del taller con menos dinámicas de escritura y análisis incluyendo más técnicas de integración y planearlo para dos o tres sesiones.

El programa, junto con las modificaciones especificadas, se sugirieron para su continuidad, ya que la rotación de un año no fue suficiente para elaborar la intervención, pilotearla y concluirla de forma sistemática.

*Actividades académicas dentro de la sede*

Todas las actividades descritas a continuación se realizaron semanalmente, en las cuales asistí y participe activamente.

- Sesión clínica del departamento de psicología, en la que cada uno de los psicólogos adscritos y residentes presentaba un caso clínico y recibía retroalimentación sobre su programa de tratamiento, se comentaban las diferentes perspectivas teóricas y formas de intervención psicológica de acuerdo al caso presentado.
- Sesiones de supervisión con la supervisora *in situ*, Mtra. en Psic. Bertha Molina, en las que se revisaban algunos casos clínicos de los residentes desde el enfoque cognoscitivo- conductual, particularmente la supervisora orientaba el trabajo clínico del residente en casos clínicos difíciles.
- Sesiones de los residentes de medicina conductual que coordinaban el Dr. Ricardo Gallardo y la Mtra. en Psic. Bertha Molina en las que se discutían aspectos operativos de los distintos servicios y se coordinaban actividades de la residencia.
- Clases en el servicio de nefrología en la que cada miembro exponía un tema asociado a la IRC.

*Evaluación de las actividades académicas*

La sesión de supervisión *in situ* fue muy enriquecedora, ya que la Mtra. en Psic. Bertha Molina tiene amplia experiencia clínica y domina el enfoque cognoscitivo-conductual, por lo que su orientación siempre fue pertinente, además, promovió la integración adecuada del grupo de residentes.

La sesión clínica del servicio me permitió conocer diferentes prácticas clínicas y fundamentos teóricos; fue de utilidad para desarrollar la habilidad de sustentar teórica y empíricamente las intervenciones con enfoque cognoscitivo-conductual ante un foro heterogéneo de psicólogos en cuanto a su corriente teórica (psicoanálisis, perspectiva de género, etc.)

Las sesiones de residentes fueron útiles para coordinar nuestro trabajo como grupo dentro de la sede, sin embargo, considero que no era necesario llevarlas a cabo semanalmente, sería deseable citar a estas reuniones sólo cuando hubiera actividades que planear.

Las sesiones del servicio de nefrología me ayudaron a entender el lenguaje médico y conocer algunas generalidades de la IRC, además, en ellas tuve la oportunidad de sensibilizar al equipo médico hacia la labor del psicólogo en el servicio.

*Actividades profesionales no programadas*

El Servicio de Psicología evalúa cada año a los aspirantes que desean ingresar a las diferentes especialidades y subespecialidades médicas que se imparten en el hospital, por lo que se solicitó a los residentes apoyar en el proceso de selección. Nuestra participación consistió en la aplicación y calificación de una batería de pruebas constituida por el Inventario Multifásico de Personalidad Minnessota I, la prueba de inteligencia Wonderlick y el test de Figura Humana de Machover, cabe aclarar que este último sólo lo aplicamos. El grupo de residentes evaluamos, aproximadamente, a doscientos aspirantes.

*Asistencia a eventos académicos*

- Participación como ponente durante el X Congreso Mexicano de Psicología con la presentación del cartel "Construcción de una Escala de Autoeficacia Percibida en el Cumplimiento de Régimen Alimenticio para Enfermos Crónicos".
- Participación como expositora en la XXXV Asamblea Nacional de Cirujanos, en el Hospital Juárez de México.
- Presentación de trabajo en el Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.

*Evaluación de la sede*

Durante la rotación en esta sede tuve la oportunidad de aprender mucho, la infraestructura del hospital es adecuada para el entrenamiento del residente en medicina conductual, además, cuenta con poblaciones de pacientes con los que se pueden hacer diversos programas de intervención. Aparte el sistema de supervisión es adecuado y promueve un aprendizaje continuo, sin embargo, sería deseable contar con más supervisores *in situ* que conocieran los diferentes servicios médicos, y realizar un programa de entrenamiento en el que se observen las intervenciones de los residentes en vivo, cuyos principios básicos sean el moldeamiento, modelamiento, juego de roles y retroalimentación directa. Esta estrategia permitiría una adaptación más rápida del residente a las sedes y beneficiaría al paciente.

SEGUNDA ROTACIÓN: HOSPITAL DE LA MUJER 2003-2004

*Descripción de la Sede y los Servicios*

El Hospital de la Mujer es una institución de segundo nivel de atención que asiste padecimientos gineco-obstétricos, a través de diversos servicios: Clínica de displasias, Clínica de esterilidad, Cirugía general, Clínica de climaterio, Oncología, Clínica de embarazo, etc. Su organización se divide en tres modalidades generales: el servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa. Por su parte, el área de hospitalización se divide en tres pisos, en mi caso fui asignada al tercer piso, el cual se divide en dos servicios: Embarazo de Alto Riesgo y Puerperio Complicado.

La asignación al servicio lo determinó la jefa del Departamento de Psicología Clínica, la Lic. Diana Lilia Gutiérrez Castillo, quien supervisó mis actividades y fue la principal línea de autoridad dentro del hospital.

El Servicio de Embarazo de Alto Riesgo (EAR) trata a aquellas mujeres que tienen alguna complicación durante su embarazo, los diagnósticos más frecuentes en la madre son: amenaza de parto pretérmino, anomalías en el líquido amniótico y/o en la placenta, procesos infecciosos, anemia, toxemia, hipertensión y diabetes gestacional; en el feto los diagnósticos principales son malformaciones como hidrocefalia, anancefalia, mielingocele, etc.

El cuidado de las personas internadas en el servicio de EAR, en el turno matutino, está a cargo de tres médicos perinatólogos adscritos, cinco residentes de la especialidad de gineco-obstetricia que rotan cada mes, al igual que cinco médicos internos que rotan cada 15 días. Por su parte, el servicio de enfermería está constituido por cinco enfermeras de base y cuatro estudiantes de enfermería.

El área física la constituyen siete cubículos con 41 camas, uno de ellos asignado especialmente para alojar a las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional; además, hay tres módulos donde se realizan estudios de monitoreo fetal y de la madre; una habitación de ultrasonido; instalaciones donde se realizan el registro tococardiográfico y amniocentesis y un espacio más donde se realizan los cultivos, citologías, etc.

*Descripción de actividades diarias*

En el servicio de EAR mis actividades fueron pasar visita con el equipo médico cada tercer día, para detectar a las pacientes que necesitaban valoración psicológica. Las características que evalué durante este recorrido fueron:

- Signos conductuales de depresión: enlentecimiento psicomotor, llanto fácil, verbalizaciones de baja tolerancia a la estancia hospitalaria, facie de tristeza.
- Signos conductuales de ansiedad: agitación psicomotriz, discurso con velocidad rápida, verbalizaciones de preocupación por el bienestar fetal o por la economía familiar, manifestaciones de temor ante algún procedimiento médico o quirúrgico, etc.
- Antecedentes gineco-obstétricos: pérdidas gestacionales previas y evolución de embarazos anteriores, alteraciones genéticas del embarazo y edad de la paciente.

Enseguida de pasar visita con los médicos, revisaba los expedientes de las pacientes que había detectado, en esta etapa estudiaba el diagnóstico médico, los antecedentes patológicos y no patológicos, nivel de escolaridad de la paciente, nivel socioeconómico y las notas de trabajo social donde estaban asentados algunos datos de la dinámica familiar de la paciente.

Después de leer el expediente realizaba una entrevista de exploración a la paciente, en la que evaluaba conciencia de enfermedad y nivel de autoeficacia percibida para tolerar la estancia hospitalaria, de acuerdo a lo que la paciente refería, dirigía mi intervención.

Las intervenciones más frecuentes que realicé en este servicio fueron:

- Aumentar el nivel de comprensión de los padecimientos médicos y su tratamiento mediante la técnica de psicoeducación.
- Preparación psicológica para procedimientos médicos, invasivos y quirúrgicos (realización de amniocentesis, tacto vaginal, toma de cultivos, cesárea, transfusión fetal, etc.), a través de técnicas de relajación, desensibilización sistemática y psicoeducación.
- Promoción de un estilo de afrontamiento dirigido a la búsqueda de información mediante entrenamiento asertivo.
- Ayuda en la toma de decisiones para evaluar la conveniencia de la estancia hospitalaria o petición de alta voluntaria a partir de balance decisional.
- Promoción de mayor tolerancia a la frustración e incertidumbre mediante debate cognoscitivo.
- Manejo de síntomas de ansiedad, secundarios a la preocupación por el bienestar fetal, de la familia nuclear o a problemas psicosociales (bajos ingresos económicos y déficit de apoyo social), con las técnicas de solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. También se intervino en la disminución de síntomas de ansiedad, principalmente en pacientes con larga estancia hospitalaria (más de 10 días) o con la indicación de reposo absoluto mediante tareas de agrado, balance decisional, psicoeducación y reestructuración cognoscitiva.

Después de la intervención realizaba una nota en el expediente clínico, enfatizando la confidencialidad de la intervención, registraba el estado afectivo y el estilo de afrontamiento de la paciente al inicio de la intervención, los déficits y excesos detectados durante la entrevista, el objetivo de la intervención y las técnicas empleadas.

En este servicio, al igual que en el primer año, consideré necesario diseñar un programa de intervención grupal para las pacientes con diabetes gestacional (véase anexo 3).



Del Servicio de Puerperio Complicado (PC), solo atendí interconsultas, que eran de cuatro a seis a la semana, PC asiste a aquellas mujeres que después del parto o cesárea tienen alguna complicación; los diagnósticos más frecuentes son: endometriosis, dehiscencia de pared, procesos infecciosos de la herida quirúrgica, infecciones sexualmente transmisibles, etc. El área física de PC cuenta con 45 camas censables, 3 de ellas ubicadas en un área de aislamiento en la que son internadas pacientes con enfermedades infecto-contagiosas. Las principales intervenciones que realicé en este servicio fueron:

- Manejo de síntomas de ansiedad y depresión secundarios a estresores de la hospitalización (pérdida de control percibido, déficit de información, maximización de la amenaza, preocupación por bienestar del recién nacido, etc.)
- Contención emocional y manejo de duelo a mujeres que sufrieron una pérdida gestacional.
- Promoción de habilidades de afrontamiento y de mayor tolerancia a la frustración e incertidumbre, en usuarias con larga estancia hospitalaria y/o en aislamiento, mediante entrenamiento en técnicas de autocontrol, relajación, distracción atencional mediante debate cognoscitivo.
- Entrevista psicológica de personas fármaco-dependientes. La mayoría de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de adicción fueron referidas al servicio de psicología, en este caso la intervención se dirigió a realizar entrevista motivacional y proporcionar información a la paciente sobre centros de integración juvenil.

Por otro lado, proporcioné consulta externa de psicología tres veces a la semana, atendiendo a dos pacientes diarias, con intervenciones de 1 hora y procesos terapéuticos de 12 sesiones en promedio; los objetivos clínicos en esta área principalmente fueron: disminuir síntomas de depresión y ansiedad mediante terapia cognoscitiva.

Realizaba guardias de fin de semana dos veces al mes de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. y guardias verpertinas los jueves de cada semana, de 3:30 p.m. a 8:00 p.m. Durante estas guardias atendí interconsultas de todos los servicios del hospital (Unidad de Cuidados Intensivos, Neonatología, Cirugía, Oncología, etc.)

Elaboración de material psicoeducativo (folletos). En ocasiones es necesario reforzar la psicoeducación mediante medios gráficos, sobre todo cuando la información es compleja, por ello, consideré necesario desarrollar dos trípticos: uno sobre diabetes gestacional y otro sobre manejo cognoscitivo del estrés (véanse anexos, 4 y 5, respectivamente).

*Fundamentación teórica que guió el trabajo clínico dentro de la sede*

La investigación que se ha realizado sobre aspectos psicológicos de la salud reproductiva de la mujer se centra, básicamente, en el estrés psicosocial y aspectos específicos de la reproducción como la capacidad de concebir y de continuar el embarazo, el aborto, el parto, complicaciones durante el embarazo, parto pretérmino y bajo peso del recién nacido (Dunkel-Schetter, Wadhwa y Stanton, 2000).

Sin embargo, también hay temas de interés que incluyen enfermedades que afectan la función reproductiva (enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis), estresores relacionados con los procedimientos quirúrgicos (cesárea, histerectomía, etc.), conductas de salud asociadas con los resultados reproductivos (fumar durante el embarazo, actividad sexual sin protección, etc.), y otras áreas importantes como el embarazo adolescente, anticoncepción, etc. (Stanton, Sears, Lobel y DeLuca, 2002).

Aún con la amplitud de temas relacionados con factores psicológicos de la salud reproductiva de la mujer, realicé una breve revisión de literatura, que se centró en los aspectos psicológicos del embarazo y sus complicaciones, debido a que fueron los problemas más frecuentes que trate durante mi rotación por el servicio de EAR.

En el año 1999, en México se registraron 1,400 defunciones maternas por complicación del embarazo, parto y puerperio, con una tasa de 5.1 por 10 000 nacidos vivos registrados (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999)

En el embarazo de alto riesgo existe un aumento en la probabilidad de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a consecuencia de un evento reproductivo. El embarazo de alto riesgo es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio; incluso, puede alterar el desarrollo normal o la supervivencia del producto (Instituto Nacional de Perinatología [INPER], 1998).

El embarazo es un tiempo crítico para la mamá y el desarrollo del bebé, en este periodo ambos son vulnerables de presentar algunas complicaciones, en la madre las más comunes son: la diabetes, preeclampsia-eclampsia e hiperémesis gravídica

### *1. Diabetes gestacional*

Los miembros de la American Diabetes Association (2003) afirman que aproximadamente 7% de todos los embarazos se complican por la Diabetes Gestacional (DG), resultando en más de 200,000 casos anuales. La prevalencia puede variar en un rango de 1 a 14% en todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada y de la prueba de diagnóstico empleada; a su vez, explican que en la diabetes gestacional, las hormonas del embarazo neutralizan la capacidad de la insulina para realizar su función, y que cuando esto ocurre, la glucosa se acumula en la sangre en lugar de ser enviada a las células.

La DG está asociada con un aumento en el índice de complicaciones perinatales como el trauma natal, la hipoglicemia, la inmadurez pulmonar, macrosomía e ictericia en el producto; sin embargo, si se logra controlar el nivel de glucosa en la sangre de la madre se minimizan considerablemente estos riesgos (American Diabetes Association, 2003).

Es necesario que las pacientes con DG mantengan los niveles de glucosa en la sangre dentro de los límites normales durante el embarazo y así asegurar el bienestar del feto. Para mantener el control glucémico se debe cumplir un régimen específico, que generalmente, se basa en una dieta especial y ejercicio, aunque, alrededor del 10 al 15% de las mujeres con diabetes gestacional necesita inyecciones regulares de insulina (American Diabetes Association, 2003).

En varios padecimientos la eficacia del tratamiento depende de la habilidad del paciente para seguir el plan terapéutico y la DG no es la excepción, el cumplimiento del régimen es un elemento central para lograr un adecuado control metabólico y prevenir complicaciones perinatales, de ahí la necesidad de que las pacientes se adapten a las modificaciones que necesitan hacer en su estilo de vida.

Los cambios en el estilo de vida son difíciles para la mayoría de la gente, pero más cuando se requieren varios ajustes a la vez, como pueden ser en los hábitos alimenticios, la actividad física y de aplicación de insulina que se indican en la DG. La complejidad y rapidez con que se requiere la modificación de hábitos puede contribuir a las dificultades de adherencia, que condicionan el descontrol metabólico en esta población.

El déficit de control metabólico en la DG, como ya se menciona, tiene importantes implicaciones, como son: mayores riesgos neonatales para el bebé y la madre, y mayor costo para las instituciones de salud. Un ejemplo es el Hospital de la Mujer (HM), donde se ha detectado hasta un 10% de prevalencia de DG en la población total que atiende, - 12,000 pacientes al año- (García, 2002). Las pacientes requieren ser hospitalizadas para control glucémico, lo que condiciona gastos económicos, tanto para el HM como para las pacientes, que son personas de bajos recursos, por ello es importante la intervención psicológica para incrementar los niveles de adherencia a las indicaciones terapéuticas: un control metabólico adecuado originaría la disminución de costos y de complicaciones.

A pesar de la incidencia de diabetes gestacional, hay pocas investigaciones sobre los aspectos psicológicos relacionados con control metabólico, niveles de adherencia, cumplimiento e intervenciones de auto-manejo, probablemente porque su manejo es parecido al de la diabetes crónica. Se realizó una búsqueda en bases de datos como PSYCHO; EBSCO; MEDLINE y en las publicaciones de Diabetes Care y se encontraron solo las que se mencionan a continuación.

Homko, Sivan, y Reece (2002) realizaron un estudio donde observaron los efectos del auto-monitoreo de glucosa en sangre asociados a sentimientos de autoeficacia, cumplimiento de dieta y resultados del parto en mujeres con DG controladas con dieta (N=58). La muestra fue dividida en dos grupos: en el experimental se midió la glucosa en sangre cuatro veces al día y al grupo control se le evaluó con un monitoreo periódico en sus consultas prenatales. A ambos grupos se les aplicó la escala de Diabetes Empowerment a las 37 semanas de gestación, se evaluó su autoeficacia mediante una entrevista y en cada visita se valoró el cumplimiento de la dieta. Ambos grupos obtuvieron un adecuado control de glucosa y no se encontraron diferencias significativas en los niveles de auto-eficacia, cumplimiento a la dieta, peso del recién nacido, edad gestacional, parto, calificaciones apgar y complicaciones neonatales.

Habboushe (2001) estudió variables como la historia médica, diagnósticos previos de DG, el tratamiento de insulina, así como el estilo de afrontamiento dirigido al problema y el locus de control interno y las correlacionó con la ejecución de conductas de adherencia en la alimentación, el resultado post-pandrial de glucosa en sangre y el cumplimiento de las aplicaciones de insulina. Encontró que la historia médica, el estilo de afrontamiento dirigido al problema y el locus de control interno no son predictores de adherencia, sin embargo el cumplimiento durante las dos primeras semanas predicen que haya adherencia en el futuro. Los resultados de este estudio contribuyen a entender los patrones de adherencia en el tiempo en la DG y ayuda a identificar a las mujeres con DG con un alto riesgo de no adherirse.

Hoppichler y Lechleitner (2001) proponen que los programas de consejería en la DG pueden influir en el bienestar fetal. Realizaron un estudio en 39 mujeres de nacionalidad turca y 72 mujeres australianas que asistían a una clínica de consulta externa, ambos grupos de pacientes recibieron consejería que incluía información de la causa de DG y las instrucciones terapéuticas con un énfasis sobre las recomendaciones alimenticias y la adaptación de los hábitos de dieta. Para las mujeres turcas se adaptaron y tradujeron las instrucciones. Bajo modalidades de tratamiento comparables, mujeres turcas y australianas no revelaron diferencias en el control metabólico. 12.8% de las mujeres turcas y 16.6% de las mujeres australianas tuvieron productos de alrededor de 4 kilos de peso. Los resultados sugieren que las mujeres con DG y diferencias étnicas, responden igual si se adaptan las indicaciones terapéuticas al contexto cultural de la paciente, al igual que a sus necesidades.

Debido que la macrosomía (peso del recién nacido mayor a 4 kg.) está asociada a la hiperglicemia materna, Glujovsky, Krupitzki, Leguizamón, Olivera Ravas y Reece (2002) realizaron un *metaanálisis* sobre investigaciones acerca de la relación del auto monitoreo de los niveles de glucosa en sangre y las complicaciones neonatales, y observaron que existe una reducción estadísticamente significativa de macrosomía y requerimientos de cesárea secundarios a la estrategia de auto- automonitoreo en mujeres con diabetes.

En Austria compararon los efectos del control metabólico en mujeres con DG y mujeres sanas, encontrando que aquellas pacientes con DG que fueron controladas metabólicamente con dieta o insulina de forma exitosa, no tuvieron diferencias significativas en los resultados perinatales como: la distribución de peso de los bebés, distrofia, hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubina, acidocis fetal o calificación apgar en comparación con los bebés de las mujeres sin DG (Bichler et al., 1988).

Bond, Coustan, McGarvey, Ruggiero y Spirito (1990) realizaron un estudio sobre factores asociados al cumplimiento de la dieta y administración de insulina en 98 mujeres con DG, y se encontró que a menor número de estresores y un elevado apoyo social, se dio mayor cumplimiento de las prescripciones médicas y alimenticias..

En el Hospital de la Mujer se han realizado dos investigaciones en los últimos diez años, con el objetivo de determinar el porcentaje de control metabólico en mujeres con DG que se atienden en esta institución. Los resultados indican que alrededor del 75% logró un control metabólico adecuado, 24% en descontrol glucémico, un 3 al 4.7% de productos malformados, entre 3 y 6% de pérdidas gestacionales y hasta un 33% de complicaciones perinatales (Guevara, 2000; Moran, 2001).

Las investigaciones citadas muestran que existe una cuarta parte de las pacientes que se atienden en el Hospital de la Mujer que no logran controles adecuados de glucosa y que existe una incidencia significativa de complicaciones perinatales, lo que justifica la labor del residente de medicina conductual con las pacientes con DG.

Como se mencionó anteriormente la DG tiene un manejo muy parecido al de la diabetes crónica, solo que la primera se presenta únicamente durante el embarazo. Por ello, es deseable conocer algunos estudios sobre aspectos psicológicos e intervenciones que se han realizado en la diabetes tipo 1 y tipo 2, ya que esta revisión permite conocer algunas de las generalidades sobre diabetes que pudieran aplicarse a la DG.

Los pacientes con diabetes carecen de información acerca de su enfermedad, o peor aún, aquella que tienen es incorrecta lo que condiciona déficits de adherencia, ya que el modelo personal de la enfermedad que tienen los individuos es un determinante de sus conductas de autocuidado. Diefenbach, Leventhal y Leventhal (1992) afirman que en adultos con diabetes, las creencias acerca de la eficacia de su tratamiento y la percepción de consecuencias y seriedad de la enfermedad son predictores importantes de

su automanejo en la dieta y el ejercicio.

Es por ello que cualquier programa de intervención para promover habilidades de autocuidado en el paciente debe reconocer la educación como un componente integral, considerando la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, hábitos alimenticios, actividad física y variables culturales de la persona, al igual que debe enfatizar entrenar al paciente en estrategias de solución de problemas tanto como sea posible (American Diabetes Association, 2003).

Esta afirmación se sustenta en un metaanálisis de las investigaciones realizadas acerca de la efectividad de la técnica de psicoeducación, realizado por Shillitoe (1991), en que los resultados muestran que la psicoeducación promueve algunos cambios positivos en auto cuidado y la salud general. Incluso algunas intervenciones más complejas no son tan exitosas si los pacientes no tienen acceso a información básica sobre la diabetes, la racionalidad de las recomendaciones médicas y los principios fundamentales de los tratamientos.

Sin embargo, a pesar de la efectividad de esta técnica, se ha visto que los programas de educación para diabéticos, que se basan únicamente en dar información sobre la enfermedad, no son efectivos para lograr un control metabólico adecuado. Este fracaso probablemente se debe a que no se pone suficiente atención al significado personal de la enfermedad que tiene el paciente (Schechter y Walker, 2002).

Si el educador desea promover un cambio en actitudes y conductas, debe poner énfasis en adaptar el programa de educación a explorar y cambiar el significado personal, mediante escucha activa, ejercicios de clarificación y juego de roles. Además, es más fácil proveer la información cuando se integra con otras estrategias como: entrenamiento en auto-monitoreo, terapia cognoscitivo-conductual de síntomas depresivos



o contrato conductual (Schechter y Walker, 2002).

La educación en el auto-manejo de diabetes es importante para todos los individuos que la padecen y que quieren alcanzar resultados efectivos en el cuidado de su salud y es definida como una colaboración interactiva continua que involucra a la persona con diabetes y al educador (es). Este proceso incluye: 1) evaluar las necesidades de educación específicas del individuo; 2) identificación de las metas específicas sobre auto-manejo de la diabetes; 3) educación e intervención conductual dirigida a ayudar al individuo a lograr las metas identificadas; 4) evaluar las habilidades de auto-cuidado que el paciente haya alcanzado (American Diabetes Association, 2003).

Se han hecho varios estudios sobre el efecto de la psicoeducación en el auto-cuidado de los pacientes diabéticos, en un metaanálisis de investigaciones publicadas en Medline, Cinahl y Educational Resources Information durante (1980-1999) se encontró que la psicoeducación mejoró los niveles de glucosa inmediatamente después de la intervención, sin embargo, este beneficio disminuye en los tres meses posteriores, por lo que es deseable desarrollar intervenciones que mantengan su efecto sobre el control glucémico a largo plazo (Engelgau, Lau, Norris, Schmid, y Smith, 2002).

En el automanejo de la diabetes también son importantes las habilidades de solución de problemas para manejar los obstáculos diarios que se presentan al tener que hacer ajustes al régimen, la autoeficacia, habilidades cognitivas y de manejo de estrés (Davies, Haines, Parton y Silverman, 2003; Johnston-Brooks, Lewis y Satish, 2002 ; Poradzisz, 2002).

Schechter y Walker (2002) realizaron un metaanálisis acerca de las intervenciones para fortalecer la adherencia y llegaron a las siguientes conclusiones: mientras más temprano se hace una intervención, puede tener mejores resultados, los efectos de cualquier

intervención son moderados y la aplicación de intervenciones que contemplen varias técnicas son más efectivas que una intervención simple.

En metaanálisis Clement (1995) revisó las publicaciones sobre las intervenciones psicológicas para promover mayor auto-cuidado en el paciente diabético y encontró que estas son efectivas para mejorar el control glucémico, además de reducir las hospitalizaciones y gastos asociados a la enfermedad, particularmente aquellas intervenciones basadas en estrategias de cambio conductual.

### *II. Hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia*

En México la preeclampsia-eclampsia ha sido la primera causa de muerte materna en los últimos 20 años, a pesar de los avances en la calidad y cantidad del control prenatal, de la atención del parto y del puerperio (Instituto Mexicano Del Seguro Social [IMSS], 1998).

La preeclampsia-eclampsia se define como un síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana del embarazo, durante el parto o puerperio (hasta 14 días posteriores al parto), caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema. La eclampsia es el caso más grave, por la presencia de convulsiones y coma (IMSS, 1998).

En algunas mujeres, la tensión arterial aumenta de manera inesperada durante el embarazo. Si antes del embarazo la paciente tenía cifras de presión sanguínea normales, la enfermedad se denomina hipertensión inducida por el embarazo (Instituto Nacional de Perinatología [INPER], 1998)

La madre con hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia o eclampsia puede sufrir complicaciones severas como: daño en múltiples órganos, principalmente en el sistema nervioso (hemorragia cerebral) y los riñones (insuficiencia renal), esto puede

ocurrir durante la gestación, al momento del parto o luego del nacimiento del niño (INPER, 1998).

La conclusión del embarazo es la única cura de la preeclampsia, aunque ocasionalmente continua durante la primera semana del puerperio. La decisión de interrumpir el embarazo es muy importante para la salud y bienestar del feto y la seguridad de la mujer; sin embargo, a veces el producto está inmaduro y se debe tomar la decisión en función de la sobrevivencia de la madre (Callahan y Desidereto, 1988).

En este padecimiento el psicólogo ayuda a promover modificaciones necesarias en el estilo de vida, en el manejo de la hipertensión mediante tratamientos no farmacológicos, de carácter conductual que incluyen el entrenamiento en relajación, el manejo del estrés, programas conductuales, para reducir la ingesta de sodio y el hábito de fumar, etc. También se apoya psicológicamente a la paciente y a su familia en la toma de decisiones y se da contención emocional durante la comunicación de malas noticias.

### *III. Hiperémesis Gravídica*

Aunque poco más de la mitad de las mujeres embarazadas experimenta algún tipo de náuseas matutinas, sólo un 1.5 a 2% sufre de hiperémesis gravídica. Ésta es una condición mucho más grave, la cual puede causar deshidratación y desnutrición, siendo responsable de la hospitalización anual de más de 50.000 mujeres embarazadas en los Estados Unidos. En este trastorno, las náuseas y los vómitos pueden ser continuos y las mujeres presentan pérdida de peso, deshidratación y cambios en su metabolismo, si la hiperémesis es severa se presenta daño hepático e ictericia (color amarillento de la piel, los ojos y las membranas mucosas) (Callajan y Desiderato, 1988).

En la actualidad la etiología de este padecimiento es desconocida, sin embargo, en algunas hipótesis se hace alusión a aspectos psicosociales sobre su génesis (Leeners, Sauer y Rath, 2000). Una explicación es que, la conducta de vomitar y referir náusea se

modela o imita de la madre o las hermanas y la explicación alternativa es que algunas variables constitucionales predisponentes a la hiperémesis son compartidas por las mujeres de una misma familia. Una hipótesis biológica es que la hiperémesis se presenta como una respuesta a la gonadotropina corionica que se produce durante la gestación, y que es una reacción de adaptación del cuerpo durante el primer trimestre del embarazo, sin embargo, el mecanismo patofisiológico que la causa se desconoce (Callajan y Desiderato, 1988).

La inconsistencia en las hipótesis sobre la etiología de la hiperémesis gravídica a veces provoca que el personal de salud, minimice o niegue la base biológica del padecimiento, lo que incrementa la sintomatología de la mujer, al no ser tratada de forma eficaz.

Desde la perspectiva psicológica se ha aplicado el entrenamiento conductual en autocontrol y el entrenamiento en relajación que se utiliza para reducir la sensación de estrés en general y generar una respuesta alternativa cuando ocurre la náusea. El tratamiento de autocontrol se basa en: a) auto-observación, b) auto-evaluación y c) auto-modificación de la cadena conductual que produce la náusea y el vómito (Callahan, Desiderato, Heiden y Pecsok, 1884 en Callajan y Desiderato, 1988).

En el tratamiento conductual se explica a la paciente la formulación de las náuseas y el vómito como eslabones de una cadena de sucesos y se realiza el análisis de las relaciones funcionales entre variables, que generalmente se alcanza mediante la entrevista y autoregistros.

#### *IV. Estrés prenatal*

López (1989) afirma que durante la gestación, el acontecimiento que genera mayor estrés es el embarazo en sí mismo, además, menciona que existen varios elementos que se han relacionado con el estrés durante el embarazo:

- El número de embarazos (“...el primero supone una nueva experiencia; un segundo o tercero suponen una sobrecarga moderada; y a partir del cuarto una sobrecarga severa.” pp. 308).
- Los problemas de salud de la madre, puesto que incrementa el riesgo durante el embarazo.
- Conflictos relacionados con el trabajo, tanto si la mujer trabaja y es necesario abandonar temporalmente su actividad, como si no lo hace y depende de su pareja para su manutención y los próximos gastos.
- Las relaciones conyugales, familiares y amistosas, que involucran a la pareja, la familia de origen, la familia política y los amigos íntimos, quienes pueden facilitar o dificultar la posibilidad de apoyo emocional, económico y doméstico.
- La calidad de vida de la mujer embarazada, donde se incluyen las condiciones de vida, de vivienda, de apoyo social, atención prenatal, seguimiento y atención en caso de un embarazo de alto riesgo.

López (1989) señala que existe alrededor de un 80% de afectación emocional de tipo ansiosa (nerviosismo, susceptibilidad, tensión, pérdida del control, incremento de exigencias) durante el embarazo, y junto a ésta, se encuentran síntomas de depresión en un 40%. Sugiere que el incremento de síntomas de ansiedad se encuentra asociado con antecedentes negativos como embarazos anteriores, abortos, embarazos no deseados o no planeados y con malas condiciones físicas y de salud durante del embarazo; dichos síntomas pueden incrementar conforme avanza la gestación, llegando a su punto más alto en el momento del parto y el puerperio.

*Estadísticas de las pacientes que recibieron atención psicológica.*

El total de consultas que otorgué en esta rotación fueron 1445, 730 de primera vez y 715 subsecuentes, el rango de edad de las pacientes atendidas fue de 12 a 78 años, con una media de  $28 \pm 9$ ; los principales diagnósticos psicológicos fueron sintomatología ansiosa en el 25% de ellas y 17% de sintomatología depresiva. Del total de consultas, 56% corresponde al servicio de EAR, 25% a Puerperio Complicado y 12% a la Consulta Externa, el resto fueron de otros servicios del hospital. Las pacientes atendidas durante la consulta externa fueron 18 y las sesiones en esta modalidad fueron 186.

Un dato importante es que de las 730 pacientes que se atendieron en total, el 31% de ellas fueron dadas de alta desde el punto de vista psicológico, solo el 1% fue referido a otras instituciones de salud mental. La distribución de las consultas que proporcioné a cada servicio y los diagnósticos psicológicos se observan en la Tabla 5.

Tabla 5. Consultas psicológicas otorgadas en el Hospital de la Mujer en el periodo 2003-2004

		DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO										Total
		Síntomas depresivos	Síntomas ansiosos	Fase diagnóstica	Duelo	Estabilidad Emocional	Déficit de información	*Trastorno depresivo	*Trastorno ansioso	*Trastorno mixto	Síntomas mixtos	
SERVICIO	Embarazo de Alto Riesgo	143	220	63	23	192	63	12	7	5	85	813
	Puerperio Complicado	63	79	25	42	67	24	5	5	2	34	346
	Consulta Externa	26	41	20	10	32	10	4	1	6	32	182
	Oncología	9	9	10		1	2		1		4	36
	Alojamiento Conjunto	7	6	3	1	9	2	1			3	32
	Cirugía		5	2	1		3			1	1	13
	Tumor de Ovario		2			4	1				4	11
	Unidad de Cuidados Intensivos		3	1	2	4						10
	Terapia Intermedia	2										2
	Total	250	365	124	79	309	105	22	14	14	163	1445

\* Se consideraron trastornos aquellos que cumplieron los criterios de la clasificación diagnóstica del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995)*.

*Actividades de investigación*

Durante mi rotación en el Hospital de la Mujer realicé en co-autoría con la Psic. Cristina Bravo R2 de Medicina Conductual tres investigaciones, dos de las cuales describo a continuación.

*Construcción de instrumentos de medición psicológica*

**Estrés laboral en el Hospital de la Mujer**

La necesidad de evaluar el estrés laboral en personal del hospital, surgió de una propuesta de la jefa del Servicio de Psicología, quien en su experiencia clínica había detectado altos niveles de estrés en el personal que condicionaban síntomas físicos (colitis, hipertensión, etc.), adicciones y ausentismo.

Por ello consideró necesario evaluar los niveles de estrés laboral y presentar los datos en una sesión clínica general del Hospital de la Mujer.

Las residentes revisamos la literatura para encontrar un instrumento de medición de estrés laboral que pudiéramos emplear para la evaluación, sin embargo, la mayoría de los instrumentos no eran válidos ni confiables y contenían muchos reactivos, por lo que decidimos construir un cuestionario breve y evaluar sus características psicométricas. Dada la premura de presentación de resultados (2 semanas) realizamos un estudio exploratorio con una muestra de 142 participantes.

*Antecedentes teóricos.*

De acuerdo con el modelo cognoscitivo del estrés, en el ámbito laboral puede definirse simplemente como exigencias del trabajo que exceden la capacidad del trabajador para afrontarlas (Rice, 1998). De acuerdo a esta definición el estrés laboral es una función del grado percibido de adecuación o congruencia entre las demandas del empleo y las capacidades personales (O'Brien, 1998).



Desde una visión integral, el estrés laboral se divide en tres áreas:

- Fuentes del estrés o estresores, tanto personales como ambientales (González, 1998).
- Los mediadores del estrés, es decir, las estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).
- Efectos o manifestaciones del estrés (Valdés, 1995)

González (1998) distingue algunas de las fuentes potencialmente estresantes en el contexto laboral, entre ellas destaca:

- Intrínsecos al propio trabajo, tales como: las condiciones físicas en que se realiza, la sobrecarga laboral, disponibilidad de recursos, el contenido de trabajo y otros.
- El desempeño de roles, por ejemplo: ambigüedad del rol, conflicto de roles, exceso o falta de responsabilidad, etc.
- Las relaciones interpersonales que se generan en la vida laboral.
- El desarrollo de la carrera profesional, por ejemplo: falta de congruencia, falta de competencia para desempeñar el puesto ocupado.
- La estructura y el clima organizacional, como son: falta de participación en la toma de decisiones, carencia de autonomía, etc.

Por otro lado, Valdés (1995) señala los principales efectos del estrés laboral:

- Fisiológicos: aumento de la tasa cardíaca, la presión arterial, la sudoración, del ritmo respiratorio, la tensión muscular, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina. Incremento de los niveles de azúcar en la sangre, del metabolismo basal, del colesterol y liberación de ácidos grasos en la sangre. Aumento de los niveles de corticoides. Disminución del riego sanguíneo periférico y de la actuación del sistema digestivo. Inhibición del sistema inmunológico. Dificultad para respirar, sensación de nudo en la garganta, sequedad en la boca y dilatación de las pupilas.

- Cognoscitivos: preocupaciones, dificultad para la toma de decisiones, sensación de confusión, incapacidad para concentrarse, dificultades para dirigir la atención, sentimiento por falta de control, desorientación, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, etc.
- Motores: hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, precipitaciones, explosiones emocionales, predisposición a accidentes, consumo de drogas (psicofármacos, alcohol, café), comer en exceso o inapetencia, bostezos, trastornos del sueño, etc.

En el escenario hospitalario hay situaciones peculiares causantes de estrés, tales como: el poco control que tiene el trabajador sobre el contenido y planificación de su trabajo y la necesidad de atención urgente de la población, ya que la tardanza puede significar la pérdida de una vida (Kornblit y Méndes, 1992).

El trabajo nocturno es otro estresor significativo en el ámbito hospitalario, debido a sus influencias en el ciclo biológico, como alteraciones en los ciclos circadianos y del sueño-vigilia. Esta modalidad laboral posee también influencias sociales, por ejemplo, en la relación trabajo-familia (Peiro, 1993). También la sobrecarga o saturación de trabajo, así como la exposición a contagios y accidentes, son fuentes comunes de estrés laboral en hospitales (Rubio, Gómez y Durán, 1991).

Por otra parte, la sensación de estrés puede estar ligada no sólo a sucesos percibidos como negativos por el individuo, sino también a la falta de estímulos positivos. La variedad, la autonomía, la autorrealización y el éxito son ejemplos de situaciones positivas cuya ausencia puede ser una fuente de estrés crónico, caracterizado como agotamiento físico, emocional y actitudinal (Kornblit y Méndes, 1992).

En el medio hospitalario, un efecto importante del estrés es la insatisfacción laboral; en los médicos, se han observado como fuentes de insatisfacción: la desvalorización de la profesión, ya que a veces no se aprecia su trabajo; la probabilidad de ser agredidos por los pacientes, salarios bajos, pérdida del prestigio profesional, etc. En las enfermeras, las fuentes de insatisfacción laboral son la falta de autonomía en la realización del trabajo y las relaciones con la autoridad (Kornblit y Méndes, 1992).

*Procedimiento*

*Primera fase . Construcción del instrumento de medición*

En la construcción del instrumento utilizamos Técnica Likert con cuatro opciones de respuesta, el cuestionario inicial constó de catorce reactivos y se piloteó en 50 sujetos, después se realizó un análisis de reactivos donde eliminamos cinco reactivos que obtuvieron una correlación ítem-calificación total menor a 0.20, la escala final se aplicó a 142 personas, 48 hombres y 94 mujeres trabajadores del HM, con una media de edad de 38±10.

Se estableció la confiabilidad del instrumento mediante un análisis de consistencia interna con el alfa de Cronbach que fue de 0.71, además, se estableció la validez de constructo mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX que convergió en tres iteraciones. El cuestionario se agrupó en dos factores con valores eigen mayores a 1 que explicaron el 49% de varianza (véase Tabla 6).

Tabla 6. Matriz de componentes rotados con rotación varimax

Reactivos	Carga Factorial	
En mi trabajo puedo tomar decisiones basadas únicamente en mi criterio	-.128	.536
Mi trabajo me exige responder a necesidades emocionales de otras personas	.683	-.311
Estoy satisfecho con mi desempeño en el trabajo	.489	.479
Me siento de mal humor durante mi jornada laboral	.733	.126
Las actividades que realizo en mi trabajo son de mi agrado	.374	.641

Continuación Tabla 6. Matriz de componentes rotados con rotación varimax

Reactivos	Carga Factorial	
Me he sentido muy cansado sin causa aparente	.519	.193
Mi trabajo me hace sentir frustrado	.685	.337
Creo que mi trabajo es valorado por los demás	9.632E-02	.613
Me siento cómodo en mi ambiente de trabajo	.384	.741

Se concluyó que los factores obtenidos evalúan satisfacción en el trabajo y condiciones laborales.

El cuestionario se califica como una escala Likert de acuerdo al sentido positivo o negativo de cada afirmación, la calificación menor probable es de 9 y la mayor de 36, donde a mayor puntaje mayores niveles de estrés laboral. De 9 a 18 puntos se considera estrés bajo, de 19 a 27 estrés moderado y de 28 a 36 estrés elevado.

La subescala de satisfacción laboral tiene un puntaje mínimo es de 5 y el máximo de 20 en la que puntajes de 5 a 10 muestran baja satisfacción, 11 a 16 mediana satisfacción y de 16 a 20 alta satisfacción.

Para la subescala de condiciones laborales la puntuación menor es 4 y la mayor 16, un puntaje entre 4 y 8 indica percepción de condiciones laborales inadecuadas, en un rango de 9 a 12 ,condiciones adecuadas y superior a 12 condiciones óptimas.

*Segunda fase. Determinación de la prevalencia de estrés laboral en personal del Hospital de la Mujer*

La prevalencia del estrés laboral se obtuvo con los datos de la segunda aplicación del instrumento.

La ocupación de las 142 personas que contestaron el cuestionario se distribuyó en: 31% de médicos, 24.6% de enfermeras, 16.9% de personal administrativo, 10% de laboratoristas, y 16% de otras ocupaciones (personal de la cocina, intendencia, camilleros, etc.).

El 40% de la muestra obtuvo niveles de estrés bajo ( $x= 15.56$ ,  $SD= 2.02$ ); el 50% tuvo niveles moderados de estrés ( $x=22.32$ ,  $SD= 2.18$ ) y el 9% de la muestra estrés elevado ( $x= 29.6$ ,  $SD=2.36$ ). Se realizó un análisis ANOVA el que se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de estrés de los grupos  $F(2, 139) = 296.45$ ,  $p= 000$ .

Con respecto a las condiciones laborales, se observó que el 56 % de los sujetos las perciben como óptimas. Por otro lado, solo el 7% de la muestra reporta alta satisfacción laboral y 50 % de los trabajadores una satisfacción media.

Se realizaron análisis ANOVA entre la ocupación y los niveles de estrés; el nivel de satisfacción laboral y la ocupación; y, entre la percepción de condiciones laborales y ocupación, sin embargo, no se observaron diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias significativas entre género y niveles de estrés, satisfacción laboral y percepción de condiciones laborales.

Concluimos que en la muestra de este estudio hay niveles moderados de estrés y que la mayoría de las personas consideraron que las condiciones de su trabajo eran normales y que el estrés laboral se presenta independientemente de la labor que se desempeñe. Es deseable ampliar la muestra para poder generalizar los resultados e incluir la evaluación de los efectos físicos y anímicos del estrés laboral para conocer el impacto fisiológico y emocional en el trabajador dentro del ámbito hospitalario.

*Análisis psicométrico de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en mujeres mexicanas*

El interés por estudiar las características psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital surgió por dos razones, la primera fue que se requería de un instrumento confiable y válido, que fuera útil para detectar pacientes en riesgo sin invertir mucho tiempo en realizar la entrevista, dada la elevada demanda de atención que tenía el Departamento de Psicología.

La segunda razón fue, que en la experiencia clínica de las psicólogas del Departamento de Psicología, se había detectado una alta prevalencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa, por lo que consideramos necesario evaluar esta incidencia de forma sistemática, lo que permitiría determinar sí, en efecto, la población cursaba con alteraciones anímicas y en qué proporción.

Establecer este diagnóstico institucional ante las autoridades y personal del hospital, permitió evidenciar la necesidad de apoyar y promover programas de intervención psicológica para las pacientes hospitalizadas en el HM. A su vez, se divulgó la relevancia social del trabajo realizado por el residente de medicina conductual.

*Antecedentes teóricos*

Un efecto colateral no deseado de la hospitalización es el padecimiento de estrés y la respuesta más frecuente es la ansiedad, seguida de depresión e irritabilidad (López, Pastor y Neipp, 2003). Las pruebas de diagnóstico a veces dolorosas, la confirmación de la enfermedad y la falta de información acerca de su padecimiento por parte del personal médico, provocan ansiedad al paciente; además, durante la hospitalización, el paciente experimenta una pérdida de control extrema que puede provocarle indefensión aprendida y depresión (Brannon y Feist, 2000/2001).

Sin embargo, aunque la ansiedad y la depresión son especialmente prevalentes en la atención primaria y en escenarios hospitalarios, estos trastornos con frecuencia no son reconocidos (Goldberg y Huxley, 1980 en Gilbody, House y Sheldon, 2001).

Una alternativa para detectar la ansiedad y depresión de forma precisa y oportuna, son los instrumentos de medición psicológica que sirven para diagnosticar síntomas afectivos, sin embargo, en el medio hospitalario, no es fácil contar con un instrumento confiable y válido para identificar ansiedad y depresión en los pacientes. Entre esas dificultades se encuentran: la alteración de las puntuaciones por la salud física de la persona, y la distinción entre un trastorno de ánimo y otro es insuficiente, por ello, Zigmond y Snaith desarrollaron en 1983 la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), como respuesta a estos problemas.

La HAD fue diseñada para detectar la presencia de ansiedad y depresión en el medio hospitalario, en el que ciertas conductas como la disminución de la ingesta de alimentos, la falta de apetito o los trastornos en el sueño pueden ser determinados por las enfermedades físicas, que son el motivo de internamiento en el hospital (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). La HAD pretende identificar si el paciente presenta ansiedad y/o depresión sin evaluar los síntomas físicos de estos trastornos afectivos.

La HAD es de utilidad para evaluar la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos más que para distinguir entre diferentes tipos de ansiedad y depresión; consta de 14 reactivos siete de los cuales evalúan ansiedad y son alternados con otros siete que evalúan depresión (Zigmond y Snaith, 1983 en Cací, Baylé, Mattei, Dossios, Robert y Boyer, 2003).

La Subescala de Depresión de la HAD, (HAD-D) mide la depresión anhedónica, que los autores consideran el mejor indicador de hipomelancolía (Bowling, 1994) y los reactivos de la Subescala de Ansiedad (HAD-A) pueden dividirse en tres categorías: a) humor, la experiencia de temor no fundamentado por una situación o circunstancia particular; b) cognición, la preocupación por la probabilidad de que algún evento adverso ocurra a uno mismo o a los otros y c) conducta, inquietud e incapacidad para quedarse quieto y relajado por algunos minutos (Keedwell y Snaith, 1996 en Cací, Baýle, Mattei, Dossios, Robert y Boyer, 2003).

La HAD es una escala corta, fácil de contestar por el paciente, que proporciona en un solo instrumento datos diferenciados para evaluar ansiedad y depresión, características que la hacen especialmente útil en el contexto hospitalario y asistencial para evaluar los efectos de los trastornos y enfermedades físicas sobre el estado emocional del paciente (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

La HAD se ha traducido a varios idiomas: francés, alemán, italiano, chino, árabe, español, etc. (Montazeri, Vahdaninia, Ebrahimi y Jervandi, 2003) y se ha utilizado en distintas poblaciones clínicas (Catalano et al., 2003; Di Legge et al., 2003; Nicholson, Gramling, Ong y Buenevar, 2003; Rymaszewska, Kiejna y Hadrys, 2003). En un metaanálisis se observó que es la prueba más utilizada para medir síntomas afectivos en pacientes oncológicos (Lan ly, 2002) por lo que sus propiedades psicométricas han sido estudiadas por varios autores en diferentes idiomas (Cací et al., 2003; Marinus, Leentjens, Visser, Stiggelbout y Hilten, 2002; Martin, Lewin y Thompson, 2003; McCue, Martin, Buchanan, Rodgers y Scholey, 2003; Roberts, Bonnici, Mackinon, y Worcester, 2001), incluso en su versión en español se han realizado diversos estudios psicométricos (Tejero, Guimera, Ferré y Peri, 1986 en Comeche et al., 1995; López, Vázquez, Arcila, Sierra, González y Salin, 2002).



Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002) realizaron un metaanálisis en el que revisaron 747 estudios asociados a las características psicométricas de la HAD y en la mayoría de ellos resultaron dos factores que concuerdan con las subescalas de ansiedad y depresión; las correlaciones entre las dos subescalas variaron de 0.40 a 0.74 ( $r = 0.56$ ), el alfa de Cronbach para la HAD-A vario de 0.68 a 0.93 ( $r = 0.83$ ) y para el HADS-D de 0.67 a 0.90 ( $r = 0.82$ ). La correlación entre la HAD y otros cuestionarios usados comúnmente estuvieron en un rango de 0.49 a 0.83, por lo que los autores concluyeron que la HAD es un instrumento adecuado para evaluar síntomas severos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades físicas, psiquiátricas y aún en población general.

En Noruega, Mykletun, Stordal y Dahl (2001) realizaron un estudio con una muestra de 51 930 personas en un rango de edad de 20 a 89 años y también encontraron que la HAD está constituida por dos factores que explican el 57% de varianza, donde las dos subescalas de ansiedad y depresión comparten el 30% de la varianza explicada; en ambas subescalas se observó una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach 0.80 y 0.76 respectivamente, por lo que concluyeron que en base a sus propiedades psicométricas, la HAD es un instrumento bastante adecuado en términos de su estructura factorial, homogeneidad y consistencia interna.

Por otro lado, la versión en español de la HAD adaptada en España, ha demostrado ser confiable y válida para su uso en pacientes con enfermedades médicas; presentando adecuada consistencia interna con alfas de Cronbach de 0.86 para ambas subescalas y estabilidad temporal obtenida mediante tests-retest con un coeficiente de correlación de 0.85, además, de tener alta validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Quintana, Padierna, Esteban, Arostegui, Bilbao y Ruiz, 2003).

Otro estudio confirmó los resultados de confiabilidad y validez de la HAD en su versión en español con una muestra de 385 pacientes externos atendidos en el Hospital Clínico de Barcelona, Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Bulbena (2003) encontraron dos factores correspondientes a las dos subescalas de la HAD y concluyeron que tiene buena consistencia interna y validez externa.

Sin embargo, a pesar de los numerosos estudios psicométricos de la HAD, no ha sido estudiada en una muestra significativa de mujeres mexicanas, de bajos recursos económicos y hospitalizadas, por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar la validez y confiabilidad de la HAD para esta población, con el propósito de tener un instrumento confiable y válido, útil para evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en población femenina hospitalizada de la ciudad de México y utilizar la HAD para realizar un diagnóstico temprano de estos padecimientos psicológicos, que facilite la prevención e intervención oportuna en el ámbito hospitalario.

## MÉTODO

### *Sujetos.*

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. Participaron 1000 mujeres hospitalizadas durante el segundo semestre del año 2003, con edades entre 12 y 79 años que supieran leer y escribir y que accedieron a contestar la escala, sin embargo, se excluyeron a aquellas pacientes que estuvieron internadas en la unidad de terapia intensiva. El muestreo fue no probabilístico estratificado, obtenido a partir de la media de la población que ingresó a cada servicio durante el 2do. trimestre del 2003 a excepción del servicio de alojamiento conjunto en el que se consideró solo un 6.5 % de la población ya que la dinámica interna del servicio no permitió aplicar a la muestra que correspondía por cuestiones de tiempo; sin embargo, se cumplió con el criterio de realizar 10 aplicaciones por cada reactivo de la escala (N=140). Los datos se obtuvieron en el departamento de estadística del Hospital de la Mujer de acuerdo al número de camas censables (véase Tabla 7).

Tabla 7. Media de población que ingreso a cada servicio durante el 2do. Trimestre del 2003.

Servicio	Mes			Total	Media/ muestra
	Mayo	Junio	Julio		
Puerperio Complicado	383	423	394	1200	400
Embarazo de Alto Riesgo	151	150	162	463	154
Alojamiento Conjunto	693	697	636	2056	140*
Cirugía General	12	8	8	38	12
Ginecología	190	214	335	739	246
Oncología	47	49	52	148	148

\*La submuestra del Servicio de Alojamiento Conjunto corresponde al 6.5 % de sus ingresos durante el 2do. trimestre del año 2003.

*Instrumento:*

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) (Zigmond & Snait 1983, adaptación de Caro e Ibáñez, 1992 en Comeche et al., 1995). Consiste en 14 reactivos divididos en dos categorías, siete relacionados con la ansiedad y siete con la depresión. Es un cuestionario de elección múltiple con cuatro alternativas de respuesta, que reflejan el estado emocional del paciente durante una semana anterior a la aplicación. Los reactivos se puntúan en una escala Likert de 0 a 3 y de 3 a 0 dependiendo de la dirección del enunciado. Si la calificación total de cada subescala es de 7 o menos no se considera el trastorno, si es de 8 a 10 es caso dudoso, y si es 11 o más es un caso significativo de ansiedad o depresión.

*Procedimiento:*

La aplicación de la HAD fue hecha por cuatro psicólogas, cada una visitó las salas de internamiento del Hospital de la Mujer e invitó a las pacientes a participar en la investigación, explicándoles que consistía en contestar la HAD en su versión en español,

aclarando que su participación era voluntaria; a aquellas pacientes que accedieron a responder, se les entregó el formato impreso, junto con un lápiz con goma. Al terminar de responder el instrumento, la psicóloga agradeció a cada mujer su colaboración y revisó que hubiera completado todas las respuestas, recogió las aplicaciones y después se procedió a la codificación y análisis de datos en una base diseñada en el programa SPSS versión 10.0.

## RESULTADOS

Los resultados que se reportan corresponden a 927 mujeres, puesto que se eliminaron a 73 que no completaron el instrumento de evaluación. La edad promedio de las participantes fue de 28 años, la mayoría reportó vivir en pareja (69%) y en promedio tenían dos hijos.

Además, la mayor parte de las mujeres eran originarias del Distrito Federal (65%), dedicadas principalmente a las labores del hogar (79%) y de religión católica (85%), mientras que sólo 30% de las participantes inició y/o concluyó estudios de nivel medio superior o más.

Los diagnósticos de las mujeres que participaron en el estudio fueron muy variados, por lo que sólo se indican los más frecuentes: puerperio post-cesárea (16%), puerperio post-eutócico (15%), legrado uterino (14%), miomatosis uterina (11%), amenaza de parto pretérmino (5%), diabetes gestacional (5%), cáncer de mama (3%), puerperio post-cesárea e hipertensión (4%). Por otro lado, en los antecedentes gineco-obstétricos, en promedio las participantes refirieron dos gestas, un parto normal y ninguna de las siguientes situaciones: aborto, cesárea, productos malformados u óbitos.

El 23% de las pacientes presentó niveles altos de ansiedad y el 11 % de depresión, prevalencia que concuerda con el porcentaje de sintomatología depresiva y ansiosa detectado mediante evaluación clínica.

La confiabilidad de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital se obtuvo mediante el índice de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.80, en sus subescalas obtuvo un coeficiente de 0.71 para ansiedad y de 0.70 para depresión, lo que indica que tiene un grado de confiabilidad aceptable. Sin embargo, en el análisis de reactivos donde se correlacionó a cada reactivo con la calificación total el reactivo 9 obtuvo correlaciones menores a 0.20.

Se estableció la validez de constructo mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX que convergió en cinco iteraciones. La escala se agrupó en tres factores con valores eigen mayores a 1 que explicaron el 46% de varianza (véase Tabla 8).

Tabla 8. Matriz de componentes con el método de rotación varimax

REACTIVOS	CARGA FACTORIAL		
1.- Me siento tensa o nerviosa	.666	.130	.163
2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	.133	.669	5.683E-02
3.-Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	.691	.135	.140
4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	.245	.668	7.303E-02
5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones	.689	.195	.119
6.- Me siento alegre	.156	.430	.556
7.- Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada	.255	.449	.274
8.- Me siento como si cada día estuviera más lenta	.223	.104	.674
9.- Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago	7.796E-02	-3.075E-02	.746
10.- He perdido interés en mi aspecto personal	.117	.344	.472
11.- Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme	.622	1.288E-02	8.478E-02

Continuación Tabla 8. Matriz de componentes con el método de rotación varimax

REACTIVOS	CARGA FACTORIAL		
12.- Me siento optimista respecto al futuro	.108	.619	6.024E-02
13.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	.641	.249	9.099E-02
14.- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV	2.756E-02	.601	.135

Se realizó el análisis de consistencia interna de cada uno de los factores, que resultaron con un alfa de Cronbach de 0.72, 0.69 y 0.46, respectivamente.

Análisis post- hoc

Una vez más se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX eliminando los tres reactivos que constituyeron el Factor 3 esta vez la escala fue agrupada en 2 factores con valores eigen mayores a 1 que explicaron el 44% de varianza (véase Tabla 9).

Tabla 9. Matriz de componentes con el método de rotación varimax

REACTIVOS	CARGA FACTORIAL	
Me siento tensa o nerviosa	.684	.160
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	.117	.645
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	.702	.157
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	.226	.669
Tengo mi mente llena de preocupaciones	.695	.216
Me siento alegre	.255	.578
Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada	.294	.517
Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme	.623	2.038E-02
Me siento optimista respecto al futuro	9.035E-02	.600
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	.628	.258
Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV	1.154E-02	.640

La consistencia interna mediante el alfa de Cronbach para los Factores fue de 0.72 y 0.69 respectivamente, mientras que para la escala total el alfa de Cronbach fue de 0.78.

Se empleó el procedimiento de grupos contrastados para establecer la validez concurrente de los dos factores correspondientes a las subescalas, escogiendo de entre la muestra que respondió el instrumento al 25% de los sujetos con puntajes totales más altos en los reactivos que integran el Factor 1 ( $\bar{x}=8.81$ ,  $DE$  1.84) y el otro 25% de sujetos con los puntajes totales más bajos ( $\bar{x}=2.03$ ,  $DE$  .93),  $t(464) = -57.40$ ,  $p = .000$ .

Se realizó el mismo procedimiento en el Factor 2, el promedio de calificación total para el 25% de sujetos que obtuvieron los puntajes más bajos ( $\bar{x}=1.43$ ,  $DE$  .83) y el 25% del grupo que obtuvo mayor puntaje ( $\bar{x}=9.22$ ,  $DE$  .47),  $t(464) = -70.15$ ,  $p = .000$ . Las submuestras para cada prueba  $t$  fueron de 466 sujetos.

## CONCLUSIONES

Algunos estudios basados en el análisis factorial sugieren que la HAD mide sólo dos dimensiones que corresponden a sus subescalas de ansiedad y depresión (Marinus, Leentjens, Visser, Stiggelbout y Hilten, 2002 y Roberts et al., 2001;).

(Herrman, 1997 en Cací et al., 2003) encontró que la HAD esta integrada por dos factores, y que el reactivo 7 de ansiedad "*puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada*" y el reactivo 10 de depresión "*He perdido interés en mi aspecto personal*" no tienen cargas significativas. (Moorey et al., 1991 en Cací et al., 2003) también afirmaron que la escala tiene dos factores y que el reactivo 10 de depresión no tiene carga significativa, además sugirieron que los reactivos 7 "*puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada*" y 11 "*me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme*" pueden excluirse de la subescala de ansiedad.

Estos resultados son compatibles con los resultados de nuestra investigación, en cuanto a que el reactivo 10 "He perdido interés en mi aspecto personal", no es significativo y que el reactivo 7 "Puedo estar tranquilamente y sentirme relajada", no ha tenido resultados consistentes, por ejemplo, en este estudio, en los dos análisis factoriales realizados se encontró que este reactivo carga en el factor que coincide con la medición de depresión y no en el de ansiedad.

En cuanto a la subescala de depresión, en el análisis de contenido de los reactivos, coincidimos con la visión de Clark y Watson (1991) en la que afirman que los reactivos de depresión de la HAD evalúan principalmente el afecto positivo (por ejemplo, la afirmación dos de la escala "*Todavía disfruto de lo que antes me gustaba*"). Estos autores definen el afecto positivo como ánimo por la vida, manifestado por expresiones de energía comprometidas en actividades placenteras en las que la persona se muestra con interés y entusiasta, mientras que la ausencia de afecto positivo puede ser reflejado por fatiga, cansancio o pereza.

En general los reactivos están dirigidos a evaluar anhedonia "pérdida de la capacidad para experimentar placer e interés" (Farré y Lasheras, 1999, p. 36), y el reactivo 7 "Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada" puede incluirse como una sensación placentera.

Consideramos que excluir el reactivo 10 de depresión no afecta la versión en español de la HAD y que el reactivo 7 puede excluirse de la subescala de ansiedad e incluirse en la de depresión, ya que en los dos análisis factoriales que realizamos, cargó en el factor compatible con la subescala de depresión y es consistente con el resto de los reactivos que constituyen este factor; además, en otros estudios se ha encontrado que el reactivo 7 carga positivamente para el factor de depresión (Roberts et al., 2001; Martin y Thompson, 1999).



Concluimos que la HAD-D en su versión en español puede quedar constituida únicamente por los reactivos (2, 4, 6, 7, 12 y 14), que evalúan cambios en el afecto positivo y discriminan entre niveles altos y bajos de depresión, además de tener una confiabilidad aceptable.

Por otro lado, los reactivos 8.- *“me siento como si cada día estuviera más lenta”*, y 9.- *“tengo una sensación extraña como de aleteo en el estómago”* se excluyeron en el segundo análisis factorial, ya que pensamos que estas afirmaciones no están traducidas adecuadamente para la cultura mexicana; por ejemplo, el decir que se tiene una sensación de aleteo en el estómago, en nuestra cultura puede entenderse como sentirse enamorado y la sensación de estar más lenta es una afirmación ambigua, esto se observó en las respuestas a los dos reactivos: el mayor porcentaje de respuesta se concentro en las opciones neutrales (57% y 53%, respectivamente). Sugerimos que para futuras investigaciones, se revise la traducción al español de estos reactivos.

También se debe considerar que otros estudios señalan que la HAD está constituida por tres factores (Martin, Lewin y Thompson, 2003; McCue, Martin, Buchanan, Rodgers y Scholey, 2003) que evalúan anhedonia, ansiedad psíquica y agitación psicomotora; sin embargo, el tercer factor que resultó en el primer análisis factorial de este estudio no es compatible con los hallazgos de las investigaciones citadas.

La HAD en su versión en español para población de mujeres hospitalizadas mexicanas resultó con mayor validez de constructo omitiendo los reactivos 8, 9 y 10, reduciendo ambas subescalas; la HAD-A constituida únicamente por los items 1, 3, 5, 11 y 13 y la HAD-D conformada por los reactivos 2, 4, 6, 7, 12 y 14.

Aún con la adaptación de la escala, la estructura psicométrica de la HAD, en su versión en español, mostró adecuada consistencia interna tanto en sus subescalas como en la escala total. La validez concurrente de las subescalas fue determinada por el método de grupos contrastados, obteniendo diferencias estadísticamente significativas para cada una, por lo que se concluye que las subescalas discriminan la cantidad medida del atributo, que en este caso es ansiedad y depresión, respectivamente. Por tanto la HAD es un instrumento confiable y válido, de utilidad clínica en mujeres hospitalizadas mexicanas, con las ventajas de ser breve.

### *Sesión típica*

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente hospitalizada en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo.

NOMBRE: J.B.S.

EDAD: 30 Años.

ESTADO CIVIL: casada.

ESCOLARIDAD: 6to. de primaria.

OCUPACIÓN: atender tienda de abarrotes de su propiedad.

RELIGIÓN: católica.

LUGAR DE NACIMIENTO: México, D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: México, D.F.

#### *Primera sesión*

Durante el pase de visita observé que la paciente intentó realizar preguntas a los médicos sobre el procedimiento al que sería sometida, sin embargo, no respondieron a sus dudas, ya que su volumen de voz fue muy bajo y las preguntas inespecíficas; al concluir la visita, estudié el expediente de J, ella tenía el diagnóstico de embarazo de 17 semanas de gestación más incompetencia cervical, gesta III, con dos abortos. J sería sometida a un procedimiento llamado cerclaje (se sutura el cuello del útero para sostener el feto dentro

de la matriz). Debido al diagnóstico y a su actitud poco asertiva, decidí realizar una entrevista de exploración.

Durante la entrevista J refirió temor a una nueva pérdida, expresando anticipaciones negativas *"Lo voy a perder otra vez"* (sic.) y *"si no funciona el cerclaje"*(sic.), catastrofización *"si perdiera él bebé, sería lo peor que podría pasarnos"*(sic.) y baja autoeficacia percibida *"No podría soportarlo"*(sic.).

A pesar de que la paciente ya había recibido información por parte de su médico tratante en la consulta externa acerca de su diagnóstico, tratamiento y posibles beneficios, el alto nivel de ansiedad que manifestaba J no le permitió comprender lo que su médico le había comunicado.

La primera parte de la intervención durante esta sesión la dirigí a establecer componentes de relación y validar la emoción de la paciente, posteriormente realicé reestructuración cognoscitiva mediante debate empírico analizando qué era diferente este embarazo en comparación con los dos anteriores y qué acciones sería deseable que llevara a cabo para prevenir un aborto o parto prematuro.

Realizamos un análisis de probabilidades reales de sufrir otra pérdida gestacional y centré su atención en los recursos que le eran de utilidad durante situaciones difíciles, hizo referencia al apoyo social y afectivo que recibía por parte de su pareja y su familia, y a su fe religiosa; valoramos conjuntamente cómo estos recursos le serían de utilidad aún cuando sucediera lo que temía, aunque era muy poco probable, enfatizando especialmente, el que ella por sí misma llegara a esta conclusión.

Después, mediante preguntas, evalué lo que sabía acerca de su padecimiento e hicimos un juego de roles acerca de qué y cómo le preguntaría al médico la próxima vez, mientras tanto le proporcioné retroalimentación sobre su tono, volumen de voz y la dirección de su mirada y acordamos como tarea que escribiera cinco preguntas breves que le gustaría

que le respondiera su médico tratante. Es decir, dentro de este procedimiento se incluyó el juego de roles, entrenamiento asertivo y algunas tareas que inducirían un cambio cognoscitivo y conductual en su repertorio.

Al final de la sesión J se mostró más tranquila, comentó que se sentía mejor y que tenía más confianza en que el cerclaje funcionara.

### *Segunda sesión*

Al siguiente día realicé una visita de seguimiento, encontré a J con manifestaciones de confianza en el futuro, sin embargo, mencionó que estaba nerviosa porque ese día se llevaría a cabo el cerclaje, preguntó si dolía mucho y describió lo molestas que le resultaban las revisiones ginecológicas.

Pregunté a J si en alguna ocasión la revisión había sido menos incómoda, J relató una vez en que el médico fue amable y le iba describiendo el proceso; le pregunté si la actitud del médico le ayudó a sentirse relajada, y J afirmó que así fue, dirigí mis preguntas a los pensamientos y el tipo de respiración que mantuvo en esa ocasión.

Posteriormente proporcioné psicoeducación (explicándole la incompatibilidad entre tensión muscular y relajación y cómo se logra ésta mediante respiración diafragmática, le dí el ejemplo de que cuando nos van a poner una inyección y tensamos los músculos, es más dolorosa).

Después, modelé el tipo de respiración diafragmática y le pedí que respiraba de forma lenta, pausada y profunda, retroalimentando y reforzándola cuando lo hacía bien; a su vez, evaluamos cómo la hacía sentir ese tipo de respiración y promoví el que manifestara verbalizaciones autotranquilizantes, ella sugirió repetirse a si misma, *"es por el bien de mi bebé, todo va estar bien"*(sic.), le pedí que practicara la respiración diafragmática.

Posteriormente le pregunté sobre la tarea acordada en la sesión anterior, comentó que no fue necesario escribir las preguntas, y que sólo le gustaría preguntarle al médico sobre qué tan estricto sería el reposo después del cerclaje; comentó que le haría la pregunta en cuanto lo viera, y que aplicaría la relajación. Me despedí y le dije que pasaría a verla al siguiente día.

*Tercera sesión.*

En esta visita de seguimiento J me comentó que el cerclaje no había sido tan doloroso, y que le fueron de utilidad la respiración diafragmática y pensar en que era por el bienestar de su bebé, refirió sentirse muy tranquila y que ese día sería dada de alta.

*Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de actividades dentro de la sede*

- Conocimiento sobre padecimientos gineco-obstétricos y su tratamiento médico y psicológico.
- Comprensión de aspectos bio- psico-sociales del manejo de estrés.
- Evaluación y diagnóstico psicológico mediante la técnica de entrevista y aplicación de instrumentos de medición psicológica.
- Identificación y prevención de factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes crónica.
- Vinculación de las bases conceptuales de la teoría cognoscitivo-conductual con la práctica clínica.
- Elaboración de programas de intervención clínica y aplicación de técnicas cognoscitivo-conductuales en el manejo de enfermedades crónicas y agudas.
- Construcción, validación y confiabilización de instrumentos de medición psicológica.
- Trabajo interdisciplinario con profesionales de diferentes áreas de la salud.

- Desarrollo de una actitud ética en el ámbito hospitalario.
- Elaboración de material psicoeducativo.
- Desarrollo de habilidades metodológicas y conceptuales de investigación.

*Evaluación de los programas desarrollados*

En esta ocasión no tuve oportunidad de implementar el protocolo sistematizado de intervención grupal para diabetes gestacional que realicé, ya que después de haberlo diseñado (noviembre de 2003), el hospital tuvo una crisis económica que provocó que se limitara el número de ingresos de pacientes con DG; por lo que disminuyó el promedio de pacientes internadas diariamente: de catorce pacientes disminuyó a una o dos. Esta situación perduró hasta el final de mi rotación, por lo que no pude aplicar el programa de forma grupal, sin embargo, quedó en el servicio para que la jefa del Servicio de Psicología lo aplicara en un futuro.

Indudablemente la modalidad de intervención grupal sería de mayor utilidad en el ámbito hospitalario, cuando las condiciones médicas del paciente lo permiten, sin embargo, hay una serie de variables (rutina del hospital, que la atención psicológica no es considerada prioridad, pocos recursos humanos y económicos destinados a programas de salud, etc.), que obstaculizan realizar intervenciones grupales.

En las intervenciones individuales que realicé los únicos indicadores de eficacia del tratamiento fueron de validez social (del paciente, el personal del hospital, la familia, de la paciente y la jefa del departamento de psicología, etc.), que reportaban mejoría significativa, sin embargo, en ningún caso, evalué metodológicamente las intervenciones, lo que hubiera sido altamente deseable.

Por otro lado, tuve oportunidad de realizar investigación, con relevancia social y académica; aunque son investigaciones exploratorias, considero que aportaron evidencia empírica a mi trabajo como psicóloga clínica y sirvieron para dar al personal del hospital información sobre la importancia de nuestra labor como psicólogos.

*Actividades académicas y de docencia*

Asistencia una vez a la semana a la sesión clínica general del hospital, en la que se revisaban temas médicos, estas sesiones fueron de utilidad para comprender aspectos médicos generales de las condiciones que se atienden en el hospital.

Además, al Departamento de Psicología se nos permitió participar como ponentes en tres ocasiones, durante éstas pudimos difundir la labor del psicólogo en el ámbito hospitalario, los temas expuestos fueron los siguientes:

- 1.- Reacciones emocionales del paciente ante el proceso de enfermedad.
- 2.-Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral.
- 3.-Informe de actividades del Departamento de Psicología del ciclo marzo 2003-febrero 2004.

También participe como ponente en el II Curso de aspectos preventivos de la salud en ginecología- obstetricia y neonatología con el tema "Adherencia Terapéutica". A su vez, colaboré en el curso de inducción de los residentes de medicina conductual de nuevo ingreso desarrollado en la Facultad de Psicología.

Con estas actividades desarrolle habilidades en la práctica docente y manejo de grupos así como capacidad para difundir a grupos profesionales y población general el trabajo del psicólogo clínico y su relevancia social.

*Evaluación de la sede*

El personal del Hospital de la Mujer está sensibilizado hacia la labor del psicólogo, por lo que se promueve un ambiente de colaboración interdisciplinaria adecuado, esta condición facilita el trabajo del residente en medicina conductual; por otro lado, la población heterogénea del hospital motivó la evaluación y selección de las técnicas de intervención idóneas para cada persona. La oportunidad de otorgar consulta externa posibilita el desarrollo de habilidades clínicas deseables para la práctica privada.

El sistema de supervisión fue apropiado, la jefa del Departamento de psicología promovió actividades de investigación y difusión, además, también apoyó la integración del residente a la dinámica del hospital y a los servicios.

*Reflexiones sobre la experiencia clínica adquirida en el ámbito hospitalario*

En mi práctica clínica me di cuenta que es prioridad, en cualquier caso, una relación terapéutica basada en el respeto, empatía y aceptación del paciente; que la persona sienta confianza en el terapeuta, para poder hablar de sus creencias básicas, sin sentir la posibilidad de censura o crítica.

En el ámbito hospitalario, es relativamente fácil establecer un vínculo terapéutico con el paciente, debido a que está vulnerable, se encuentra en un ambiente extraño, desea ser escuchado, etc. Por lo que, cuando se acerca el psicólogo, le habla con respeto y promueve el diálogo acerca de sus temores e inquietudes, el paciente se consuela y facilita la intervención.

Sin embargo, existen ocasiones en que el paciente se muestra molesto y enojado con la situación y/o personal del hospital, lo que dificulta iniciar el rapport, en estos casos me fue de utilidad, validar la emoción del paciente y promover el balance decisional, acerca de las ventajas y desventajas de su hospitalización.



Dentro de la institución hospitalaria, generalmente se promueve una actitud pasiva en el paciente: que no pregunte, que no se queje, que obedezca, etc., por lo que una persona molesta, asertiva o demandante se convierte en un “mal paciente” que requiere ser visto por el psicólogo para que lo “tranquilice”, en ese caso, el terapeuta es mediador entre la institución y el paciente al que se habilita en técnicas asertivas que le permitan defender sus derechos de forma directa y clara respetando los derechos de los demás. Por otro lado, cuando el paciente es “pasivo” es deseable promover la búsqueda de información, también mediante el entrenamiento en habilidades asertivas.

Otro elemento básico dentro de la intervención terapéutica, es la habilidad en el manejo de la técnica de entrevista, hacer las preguntas adecuadas, en el momento preciso y en el contexto apropiado, suena fácil, sin embargo, es particularmente difícil en el escenario hospitalario; por la falta de privacidad, la premura de las intervenciones, el nivel educativo del paciente, la tendencia de éste en redundar en los detalles de las situaciones, las múltiples interrupciones debidas a la rutina del hospital, etc.

Por ello es altamente deseable que el residente aprenda a delimitar el objetivo de intervención en los primeros minutos de la entrevista, para que sus preguntas estén dirigidas con un propósito específico, fundamentadas en un modelo conceptual y teniendo claro la técnica de intervención que desea utilizar.

Para elegir la técnica de intervención más adecuada se requiere conocer los fundamentos teóricos de los modelos de intervención y conocer las aplicaciones prácticas de los mismos; se necesita integrar el conocimiento que se adquiere durante la práctica clínica y lo referido teóricamente; ser flexible y combinar los modelos, de acuerdo a las necesidades de cada paciente

Por otro lado, es bien sabido que se pretende probar sistemáticamente la efectividad de las intervenciones, de una forma científica, que nos ayude como profesionales a validar nuestro trabajo y avanzar en los conocimientos clínicos, sin embargo, en ocasiones la organización hospitalaria (alta demanda de trabajo, limitaciones administrativas, cuestiones éticas, intervenciones de tiempo limitado, etc.) no permite evaluar empíricamente todos los casos, con lo que se recurre a la validez social, a los indicadores conductuales de cambio y al reporte subjetivo del paciente.

Por último, es conveniente tener la habilidad de comunicar a otros profesionales los resultados de nuestras intervenciones psicológicas, siempre teniendo en cuenta el compromiso de confidencialidad que contraemos con el paciente, una forma de hacerlo es mediante la nota clínica en el expediente médico, donde se tiene la oportunidad de explicar el motivo de consulta, la intervención realizada y los resultados obtenidos. Además es favorable saber cómo comunicarse con otros profesionales de la salud e informarlos sobre el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios comprendidos en el metaanálisis.

- Allemand, S. G. y Martín, M. I. (1997). *Aspectos psicológicos en diálisis y trasplante renal*. En L. H. Avendaño (Ed.). *Nefrología Clínica* (pp. 649 – 655). Madrid, España: Pirámide.
- Alvarez, A. N. (1998, junio). Aspectos psicosociales del paciente con insuficiencia renal crónica. Sesión de cartel presentada en el XI Congreso Argentino de Nefrología, Mendoza, Argentina.
- American Diabetes Association (2003) National Estándar for Diabetes Self-management Education [Versión electrónica] *Diabetes Care*, 26; S149-S156.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Amigo, I, Fernández, C., y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New York, EE.UU.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychology Review*, 84, 191-215.
- Bar, J. (1980). *Rational-emotive therapy in practice*. Illinois, Chicago, EE.UU.: Research press.
- Baumeister, R., Heatherton, T. & Tice, D. (1994). *Losing Control: How and why people fail at self-regulation*. New York, EE. UU.: Academic Press Inc.

- Baxter Healthcare Corporation 2000, Sus riñones. *Insuficiencia renal* Recuperado el 5 de octubre de 2001, de <http://198.89.137.196/mexico/patients/basics/kidneys/index.htm>.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Becoña, I. (1995). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Ed.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 711-743). Madrid, España: Pirámide.
- Bichler, H., Braunsteiner, H., Breier, C., Drexel, H., Lisch, H., Patsch, J., et al. (1988). *Prevention of perinatal morbidity by tight metabolic control in gestational diabetes mellitus* [Versión electrónica]. *Diabetes Care*, 11(10), 761-768.
- Binik, M., Devins M., & Orme, M. (1989). Psychological stress and coping in end-stage renal disease. En W. Neunfeld. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. (pp. 305-342 ). Canada: Wiley.
- \*Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (2), 69-78. Resumen recuperado el 23 de enero de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Bond, D., Coustan, S., McGarvey, S., Ruggiero, A. & Spirito, A. (1990). Impact of social support and stress on compliance in women with gestational diabetes [Versión electrónica], *Diabetes Care*, 13(4), 441-443.
- Boyer, C. B., Friend, R., Chlouverakis, G. & Kaloyanides, G. (1990). Social support and demographic factors influencing compliance of hemodialysis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1902-1918.

- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. (M. Díaz, Trad.). España: Parainfo. (Trabajo original publicado en 2000).
- Cací, H., Baylé, F., Mattei, V., Dossios, C., Robert, P. & Boyer, P. (2003). How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects?. *Pschiatry Research*, 18 (1), 89-99.
- Callahan, E. & Desiderato, L. (1988). Disorders in pregnancy. En E. A. Blechman y K. D. Brownell (Eds.). *Handbook of behavioral medicine for women* (pp. 156-162). Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Castro, L. y Greiff, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, (Vol. 2: formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación) (pp. 34-78). España: Siglo XXI.
- Catalano, G., Houston, S., Catalano, M., Butara, A., Jennings, S., Hakala, S., et al. (2003). Anxiety and depresión in hospitalized patients in resistant organism isolation. *South Medical Journal*, 96(2), 141-145.
- Cautela, J., y Groden, J. (1988). *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial*. México: Martínez Roca.
- Christensen, A., Benotsch, E. & Smith, T. (1997). Determinants of regimen adherence in renal dialysis. En D. S. Gochman (Ed.). *Handbook of health behavior research II: Provider determinants* (pp. 231-244). New York, EE.UU.: Plenum Press.
- Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological Factors in end-stage renal disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

- Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M. & Gregory, M. C. (1991). Health locus of control and depression in end stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 249-297.
- Christensen, A., Smith, T., Turner, C. & Cundick, K. (1994). Patient adherence and adjustment in renal dialysis: a person x treatment interactive approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 17,(6) pp. 549-566.
- Clark, A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- \*Clement, S. (1995). Diabetes self-management education [Versión electrónica]. *Diabetes Care*, 18, 1204-1214.
- Comeche, M., Diaz, G. y Vallejo, P. (1995). *Cuestionarios inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid, España: Fundación Universidad Empresa.
- Cummings, K., M., Becker, M. H., Kirscht, J., P. & Levin, N. W. (1981). Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 11-127.
- Curtin, R. B., Svarstad, B. C., Andress, D., Keller, T. & Sacksteder, P. (1997). Differences in older vs younger hemodialysis patients' noncompliance with oral medication. *Geriatric Urology & Nephrology*, 7(1), 35-44.
- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2000) Problem-solving therapies. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 211-245) New York, EE.UU.: The Guilford Press.

- Davies, W., Haines, A. A., Parton, E. & Silverman, A. H. (2003). A cognitive behavioral adherence intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(2), 119-127.
- Davison, N. (1986). Mourning the loss of sexuality. En M. Hardy (Ed.). *Positive approaches to living with end stage renal disease* (pp.. 330- 341). New York, EE.UU.: Preager.
- Di Legge, S., Piattella, M., Pozilli, C., Pantano, P., Caramia, F., Pestalozza, I. et al. (2003). Longitudinal evaluation of depresión and anxiety in patients with clinically isolated síndrome at high risk of developing early multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9(3), 302-306. Resumen recuperado el 15 de Julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- Diefenbach, M., Leventhal, E. & Leventhal, H. (1992). Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- DiNicola, D. & DiMatteo, M. (1984). Practitioners, patients, and compliance with medical regimens: A social psychological perspective. En S. Baum, Taylor, R. y Singer, J. (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4.:social psychological aspects of health). New York, EE.UU.: Erlbaum.
- Dirección General de Estadística e Informática/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). *Estadísticas en salud, mortalidad*. México, D.F. Recuperado el 5 de octubre de 2003, de: <http://www.ssa.gob.mx>.
- Dobson, K. S. & Dozois, K. S. (2000). Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral therapies*. (pp. 3-39). New York, EE.UU.: The Guilford Press.

- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. & Stanton, A. (2000). Stress and reproduction: introduction to the special section. *Health Psychology*, 19(6), 507-509.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, EE.UU.: Stuart.
- Ellis, A. (1979) The practice of rational- emotive therapy. En A. Ellis y J. M. Whiteley (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy* (pp.61-100). Monterrey, México: Brooks/ Cole.
- Ellis, A. & Russell, G. (1986). *Handbook of rational- emotive therapy*. New York, EE.UU.: Springer Publishing Company.
- Ellis, A. (1986). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- \*Engelgau, M., Lau, J., Norris, S., Schmid, C. & Smith, J. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta- analysis of the effect on glycemic control [Versión electrónica]. *Diabetes Care*, 25, 1159-1171.
- Farré, M. y Lasheras, H. (1999.) *Diccionario de psicología*. España: Océano.
- García, B., J. (2002, noviembre). Bebés gigantes ocasiona la diabetes gestacional: el director del Hospital de la Mujer. *Tribuna Médica Académica*. México: AAPAUNAM.
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. España: Pirámide.



- Gilbody, S., House, A. & Sheldon, T. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: Systematic review. *British Medical Journal*, 322, 406-209.
- \*Glujovsky, D., Krupitzki, H., Leguizamón, G., Olivera R. M. & Reece, E. A. (2002). Blood glucosa monitoring in gestational diabetes mellitus: 1- versus 2-h blood glucosa determinations. *Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 12(6), 384-388. Resumen recuperado el 20 de octubre de 2003 de la base de datos MEDLINE.
- Godoy, J. F. (1991). Medicina conductual. En E. V. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp.403-471). Madrid, España: Siglo XXI.
- Golfried., M., & D´Zurilla (1969). A behavior analytic model for assessment of competence. En S. Spielberger (Ed.). *Current topics in clinical and community psychology*. New York, EE.UU.: Academic Press.
- González, P. (1998). *Perspectiva general del estrés laboral*. Argentina: La Prensa.
- Greco, P., Brickman, A., & Routh, D. (1996). Depression and coping in candidates for kidney transplantation: Racial and ethnic differences. *Journal of Clinical Psychology in medical Settings*, 3(4), 227-239.
- Guevara, H. M. (2000). *Incidencia y malformación en hijos de madres diabéticas Hospital de la Mujer de octubre 1996 a octubre 2000*. Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D.F.
- Habboushe, D. F. (2001). Coping style and locus of control: Predicting daily adherence to self-monitoring of blood glucose in women with gestational diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International. Section B: the Sciences*. Resumen recuperado el 23 de enero de 2004 de la base de datos EBSCO.

- Hailey, B., J. & Moss, S., B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 5(4), 395-407.
- Hener, T., Weisenberg, M. & Har-Even, D. (1996). Supportive versus cognitive-behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 731-741.
- Herrero, M., Blanch, J., Peri, J., De Pablo, J., Pintor, L. & Bulbena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale in spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.
- Homko, C.J., Sivan, E. & Reece, E. A. (2002).The impact of self-monitoring of blood glucose on self-efficacy and pregnancy outcomes in women with diet-controlled. gestational diabetes. *Diabetes Educator*, 28(3), 435-443. Resumen recuperado el 20 de octubre de 2003 de la base de datos MEDLINE.
- Hoppichler, F. & Lechleitner, M. (2001). Counseling programs and the outcome of gestational diabetes in Austrian and Mediterranean Turkish women. *Patient Education & Counseling*, 45(4), 271-274.
- Ifudu, O., Chan, E., Paul., H., Mayers, J. D., Cohen, L. S., Bruezsnyak, W. F. et al. (1996). Anemia severity and missed dialysis treatments in erythropoietin-treated hemodialysis patients. *ASAIO Journal*, 42, 146-149. Resumen recuperado el 26 de octubre de 2001 de la base de datos PsycINFO.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1998). Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. *Revista Médica IMSS*, 36(1), 45-60.
- Instituto Nacional de Perinatología (1998). *Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia*. México D.F.

Johannes, H. (1998). Krankheitsbewaeltigung bei chronischer Niereninsuffizienz. Psychosoziale Korrelate und praediktive Beduetung bei Teilnehmern einer Kurzintervention Psychotherapie. *Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(1), 13-19. Resumen recuperado el 26 de octubre de 2001 de la base de datos PsycINFO.

Johnston-Brooks, C, Lewis, M. & Satish, G. (2002). Self- Efficacy Impacts Self-Care and HbA1c in young adults with type I. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43-51.

Kornblit, A. y Méndes, D. (1992) Una técnica de abordaje para el estrés laboral. *Revista Argentina de Psicopatología*, 3(7), 86-97.

Kyngäs, H. (2000). Compliance of Adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 549-557.

Lan ly, K. (2002). Depression in advanced disease a systematic review: Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16(2), 81-98. Resumen recuperado el 7 de agosto de 2003 de la base de datos EBSCO.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Lazarus, R. S., (1985). The trivialization of distress. En J. Rosen. y L. Solomon (Eds.). *Prevention in Health psychology*. Haniver, New England: University Press.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion a new Synthesis*. Nueva York, EE.UU.: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S., (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York, EE.UU.: Mc Graw-Hill.

- Leeners, B., Sauer, I. & Rath, W. (2000). Nausea and vomiting in early pregnancy/hyperemesis gravidarum: current status of psychosomatic factors. *Geburtshilfe Neonatol*, 204(4), 128-154. Resumen recuperado el 23 de enero del 2004 de la base de datos MEDLINE.
- Lega, I. L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva*. España: Siglo XXI.
- Leggat, J. E., Orzol, S. M., Hulbert-Shearon, T. E., Golper, T. A., Jones, C. A., Held, P. J. et al. (1998). Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Disease*, 32, 139-145.
- López, A., Vazquez, V., Arcila, M., Sierra, O., González, B. y Salin, P. (2002). Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depresión Scale in sample of obese mexican patients. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403- 409. Resumen recuperado el 15 de julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- López, R. (1989). Psicología del embarazo, parto y puerperio. En J. Latorre y P. Beneit (Eds.). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. (pp. 307-318). Argentina: Lumen.
- López, S., Pastor, M., y Neipp., M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 31-48). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Maddux, E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment: basic principles and issues En E. Maddux (Ed.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application*. (pp. 37-68). New York, EE.UU.: Plenum Press.

- Marinus, J., Leentjens, A., Visser, M., Stiggelbout, A. & Hilten, J. (2002). Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Parkinson's Disease. *Clinical Neuropharmacology*, 25(6), 318-325. Resumen recuperado el 23 de enero del 2004 de la base de datos EBSCO.
- Martin, C. R. & Thompson, D. R. (1999). Utility of the hospital anxiety and depression scale in patients with end-stage renal disease on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 4(4), 145-158.
- Martin, C., Lewin, R. & Thompson, D. (2003). A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry Research*, 120. Resumen recuperado el 23 de enero del 2004 de la base de datos EBSCO.
- May, T. (1998). The effect of psychotherapy on state anxiety in the renal transplant candidate population. *Dissertation Abstracts International. Section B: the Sciences & Engineering*. Resumen recuperado el 23 de enero del 2004 de la base de datos EBSCO.
- McCue, P., Martin, C., Buchanan, T., Rodgers, J. & Scholey, A. (2003). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with chronic fatigue syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 425-440. Resumen recuperado el 23 de enero del 2004 de la base de datos EBSCO.
- Medicine Net (2001). *What is hemodialysis?* . Recuperado el 5 de octubre de 2001, de <http://www.mEd.inenet.com/script/main/ast.asp?li=MNI&articlekey=10419>.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Canada: Pergamon Press.

- Méndez, C. F., Olivares, J. y Moreno, G. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. R. Olivares y C. F. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación conductual* (pp. 409-433). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Montazeri, A., Vahdaniia, M., Ebrahimi, M. y Jervandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale: Translation and validation study of the Iranian version. [Versión electrónica]. *Health Quality Life Outcomes*, 1(1) 14. Documento recuperado el 15 de julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- Moran, R. (2001). *Morbimortalidad materno-fetal en pacientes con diabetes y embarazo en el Hospital de la Mujer 1998-2000*. Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D.F.
- Muñoz, O. y Gutiérrez, G. (1995). From Research to Public Health Interventions Impact of an Educational strategy for physicians to improve treatment practices in common diseases. *Archive Medicine Research*, 26, 31-39.
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depresión Scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 179, 540-544. Resumen recuperado el 15 de julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (1998). *Insuficiencia Renal Crónica Terminal: Elección del tratamiento que le conviene a usted* . documento recuperado el 5 de octubre de 2001 de <http://www.ndiddk.nhi.gov/health/diabetes/pubs/esrdpan/esrdpan.htm>.
- National Kidney Foundation (2001). *Your Kidneys: Ten tips on how they help keep your body healthy*. Documento recuperado el 5 de octubre de 2001 de <http://www.kidney.org/general/news/tentips.cfm>.

- Nicholson, R., Gramling, S., Ong, J. & Buenevar, L. (2003). Differences in anger expression between individuals with and without headache after controlling for depression and anxiety. *Headache*, 43(6), 651-663. Resumen recuperado el 15 de julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Oakley, R. (2004). *How the mind hurts and helths the body*. Documento recuperado el 24 de enero de 2004 de [http://www.apa.org/journals/amp/press\\_releases/January\\_2004/amp59129.pdf](http://www.apa.org/journals/amp/press_releases/January_2004/amp59129.pdf).
- Olivares, J., Méndez, C. F. y Lozano, B. M. (1998). Técnicas de autocontrol. En J. R. Olivares y C. F. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 371-408). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *The World Health Report Conquering suffering enriching humanity. Report of the Director-General*. Documento recuperado el 24 de enero de 2004 en, [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_](http://policy.who.int/cgi-bin/om_)
- Organización Mundial de la Salud (1998). *WHO Working Group. Therapeutic Patient Education. Continuing Education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Documento recuperado el 24 de enero de 2004 de <http://www.who.int/Working Group. Therapeutic Patient Education=Doc Frame>.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Noncommunicable diseases*. Recuperado el 24 de enero de 2004 de [http://www.who.int/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/noncommunicable_diseases/en/).

Organización Mundial de la Salud (2003). *Proposed. Programme Budget 2004-2005 (firmado Genova, 2003)*. Documento recuperado el 24 de enero de 2004 de [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?advquery=The%20%20sickness%20impact&infobase=pp.b04e&softpage=Doc\\_Frame\\_Pg42&zz=](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?advquery=The%20%20sickness%20impact&infobase=pp.b04e&softpage=Doc_Frame_Pg42&zz=)

Peiró, J. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Eudema.

Poradzisz, M. (2002). Variables affecting quality of life and adherence in adults with type 2 diabetes. *Dissertation Abstracts International. Section B: the Sciences & Engineering*. 62(11-B), 5036 US: Univ Microfilms International. Resumen recuperado el 11 de octubre de 2003 de la base de datos EBSCO.

Quintana, J., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act Psychiatric Scandinave* 107(3) 216-221. Resumen recuperado el 15 de julio de 2003 de la base de datos EBSCO.

Rapley, P., Fruin, A. & Donna, J. (1999). Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition on general and regimen specific efficacy. *International Journal Of Nursing Practice*, 5(4), 209-219.

Rice, P. (1998). El afrontamiento del estrés: estrategias cognitivo-conductuales. En V. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación (Vol. 2)*. (pp. 345-356). Madrid, España: Siglo XXI.



- Roberts, S., Bonnici, D., Mackinon, M. & Worcester, M. (2001). Psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale (HADS) among female cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-383. Recuperado el 24 de enero de 2004 en la base de datos EBSCO.
- Rubio, J., Gómez, G. y Durán, P. (1991). Estrés ocupacional en profesionales de los servicios de salud. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1(1), 120-129.
- \*Rymaszewska, J., Kiejna, A., & Hadrys, T. (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*, 18(4), 155-160. Resumen recuperado el 15 de Julio de 2003 de la base de datos EBSCO.
- Salamero, M., Perí, J. y Gutiérrez, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp.75-92). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Sank, L. I. y Shaffer, C. S. (1984). *Manual del terapeuta para la terapia cognitivo conductual en grupos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Schechter, C. & Walker, E. (2002). Improving Adherence to diabetes self- management recommendations [Versión electrónica]. *Diabetes Spectrum*, 15, 170-175.
- Schneider, N. S., Friend, R., Whitaker, P. & Wadhwa, N. K. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10, 209-215.
- Senski, T., Leger, C. & Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic hemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 36-42.

- \*Shillitoe, R.W. (1991). Counselling in Health Care: Diabetes Mellitus. En H. Davis y A. Fallowfield, (Eds.). *Counselling and Communication in Health Care* (pp.155-159). New York, EE.UU.: John Wiley & Sons.
- Sierra, J. C., Buela-Casal, G., Garzón, A. y Fernández, M. A. (2001). La entrevista clínica. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 41-71). España: Biblioteca Nueva.
- Stanton, A., Sears, S., Lobel, M. y De Luca, R. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 751-770.
- Stapleton, S. (2000). Powerlessness in persons with end-stage renal disease. En J. Fitzgerald-Miller (Ed.). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (pp. 215-245). Philadelphia, EE.UU.: Davis Company.
- Stegman, M., Duncan, K., Pohren, E., & Sandstrom, R. (1995). Quality of life: A patients' perspective. *American Nephrology Journal*, 12, 244-264.
- Thompson, S., Auslander, W., & White, N. (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health and Social Work*, 26, 7-8.
- Valdés (1995) *El impacto del estrés*. Venezuela: Ediciones Anfred
- Vidal, E. M. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 31-48). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Wilson, D. y Ampey-Thornhill, M. (2001). The role of gender and family support on dietary compliance in an african american adolecent hypertension prevention study. *Annals Behavioral Medicine*, 23, 59-67.

Wright, I. F. (1981). *Maintenance dialysis*. Boston, EE.UU.: Hall.

## ANEXO 1

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA MANEJO DE ESTRÉS EN PACIENTES  
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Procedimiento:

Se detectaran los pacientes del área de nefrología del Hospital Juárez de México que accedan voluntariamente a participar en el grupo terapéutico de pacientes con IRC y se les dará un entrenamiento cognoscitivo-conductual para el manejo de estrés, que se describe a continuación:

El grupo de pacientes con IRC se reunirán bajo la dirección de un terapeuta con el fin de discutir sus dificultades y de aprender estrategias que les permitan manejar las situaciones estresantes provocadas por su enfermedad. El entrenamiento incluye cinco sesiones, una por semana, con una duración de una hora. En las cuales se enseñaran técnicas para el manejo de estrés. El cupo máximo será de doce pacientes.

Sesión I

Objetivos:

Establecer una relación de colaboración entre los pacientes y el terapeuta y crear un clima de comprensión.

- Que el paciente comprenda el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1984) y analice como se aplica a su vida cotidiana.
- Que el paciente identifique los principales problemas consecuentes de su enfermedad
- Motivar al paciente a aprender las técnicas de manejo de estrés.

1. Presentación del terapeuta. (2 min.).
2. Presentación de los participantes con la técnica grupal "Conocerse entre sí". (15 min.).

Objetivo de la técnica: hacer que quien asiste por primera vez a una sesión conozca a los demás para ayudar a crear un clima de amistad y sin formalismos.

Procedimiento: se entrega a cada persona un gafete o una etiqueta adherible a presión y se le pide que escriba en ella su nombre de pila. También, que anote cinco palabras o frases breves que digan algo de ella misma y que sirven para facilitar el inicio de una conversación. Se concede al grupo 5 min. Para escribir sus cinco datos, se les indica que se incorporen en grupos de dos o tres personas como máximo. A intervalos de 3 min., hacer que los grupos cambien de compañero, a fin de que todos tengan la oportunidad de conocer a la mayor cantidad posible de personas.

Preguntas para discusión:

- ¿Fue útil el ejercicio para conocer a algunas otras personas?
- ¿Cuales fueron los datos que más les llamaron la atención?
- ¿Cómo se sienten con su participación en este grupo?

3. Presentación del objetivo general del entrenamiento. (2 min.).

Aprender estrategias de afrontamiento al estrés, que promuevan el ajuste emocional a la enfermedad.

4. Exponer la definición de estrés, instruir a los pacientes sobre la naturaleza transaccional del estrés del modelo de Lazarus y Folkman (1984) y la manera de hacer frente al problema; considerar el papel que juegan las percepciones y las emociones en la producción y mantenimiento del estrés. Fomentar una conciencia creciente del papel de los procesos de interpretación. Poner un ejemplo de la vida cotidiana. (5 min.).

5. Conceptualización de la problemática individual; mediante la técnica de “grupos nominales”. (28 min.).

Objetivo de la técnica: obtener opiniones múltiples de diversas personas acerca de un problema o asunto, en un formato estructurado. En este caso comentar los problemas y síntomas de los pacientes, centrándose en un análisis de situación.

Procedimiento: esta técnica es una variante estructurada de los métodos para debate en grupos pequeños: impide que una sola persona domine un debate, estimula a las personas más pasivas a participar y da por resultado un grupo de soluciones o recomendaciones jerarquizadas.

- a) Se divide a los presentes en grupos pequeños de 3 o 4 personas.
- b) Se enuncia la pregunta “¿Cuáles han sido los principales problemas a los que se ha enfrentado a partir de que se le diagnosticó insuficiencia renal?”.
- c) Se hace que cada persona pase algunos minutos en silencio y que ponga por escrito y de forma individual la mayor cantidad posible de ideas espontáneas que se le ocurran.
- d) Hacer que los grupos se distribuyan y acopien las ideas, al compartir una respuesta cada vez por persona, a la vez que se escriben los aspectos en común en un pizarrón.
- e) Se hace que cada persona evalúe las ideas y que vote por aquellas que más describen su situación.
- f) Se juntan todos los votos de un grupo y se hace una lista. Se prepara un informe por grupos en donde aparezcan las ideas o situaciones que recibieron más puntos.
- g) Se concede tiempo para que cada grupo haga una breve exposición de sus conclusiones.

Al final, el terapeuta resume y valida la información, haciendo énfasis en que las situaciones que describen los pacientes, son estresores que generalmente se presentan en personas que padecen la IRC, se retoma el modelo transaccional de estrés y se les

explica que aprender técnicas de manejo de estrés, les ha sido de utilidad a otros pacientes con IRC . Exponer un ejemplo particular.

6. Cambio de expectativas utilizando la técnica “Una meditación Zen (una taza de té)”. (6 min.).

Objetivo de la técnica: promover apertura de los participantes hacia la posibilidad de un nuevo aprendizaje.

Procedimiento: actuar lo siguiente a los participantes con un cómplice (un paciente puesto sobre aviso). Se trata de una meditación del budismo Zen, una disciplina que data de siglos, pero con hondo significado acerca de la vida.

Una taza de té

Nan-in, un maestro japonés, recibió a un profesor universitario que venía a preguntarle acerca del Zen. Charlaron durante un rato. Nan-in después sirvió el té. Llenó la taza de su visitante y siguió vertiendo el té. El profesor observó su rebosamiento hasta que ya no pudo contenerse: “está muy llena, ya no se le puede poner más”- exclamó.

“Igual que esta taza” dijo Nan-in, “está usted lleno de sus propios juicios, opiniones y conjeturas. No puedo mostrarle lo que es el Zen hasta que vacíe su primera taza”.

Preguntas para discusión:

¿Cómo se relaciona el cuento con el programa?

¿Cuál es el objetivo de la representación?

Al final de esta dinámica el terapeuta hace la observación de que las técnicas de manejo de estrés son equiparables al budismo Zen y que ellos en ese momento serían como el profesor universitario.



7. Cierre de la sesión por parte del terapeuta, se resume la experiencia de la sesión y se felicita a los pacientes por haber asistido, se les invita a asistir a la siguiente sesión. (2 min.).

En el periodo de tiempo entre sesiones el terapeuta realiza un análisis de las situaciones que expusieron los pacientes en la técnica de grupos nominales, focaliza los principales problemas y les da una definición operacional a cada uno de ellos.

### Sesión II

#### Objetivos:

Ofrecer una reconceptualización de las reacciones de estrés de los pacientes.

Traducir los síntomas de los pacientes en dificultades específicas que puedan identificarse con precisión como problemas abordables más que como hechos incontrolables.

Lograr que los pacientes conozcan y apliquen la técnica de solución de problemas de (Golfried y D´Zurilla, 1969).

Que los pacientes conozcan los principios básicos de la técnica de relajación autógena, sus aplicaciones y que la practiquen.

1. Se saluda a los pacientes y se les dice lo importante que es que hayan asistido. (2 min.).

2. El terapeuta explica los principios básicos de la técnica de solución de problemas (Golfried y D´Zurilla, 1969), su aplicación e importancia. Aplica la técnica retomando una situación en común (de las que los pacientes expusieron en la sesión anterior en la técnica de grupos nominales). El terapeuta promueve la participación del grupo fungiendo como facilitador y orientándolos en el proceso.(30min.).

Procedimiento:

- Definir el estresor o reacciones al estrés como un problema a ser resuelto.
- Especificar metas realistas y en términos conductuales de cómo se consideraría el problema resuelto.
- Generar un rango amplio de posibles alternativas o cursos de acción para solucionar la problemática; mediante la técnica de "lluvia de ideas", donde los pacientes exponen ideas espontáneas, en las cuales no se permiten las críticas.
- Imaginar cómo se llevaría a cabo cada una de las alternativas de solución.
- Evaluar cada una en términos de costo-beneficio.
- Elegir la aparentemente más práctica y deseable.
- Se deja de tarea llevarla a cabo y finalmente evaluar si fue efectiva para solucionar el problema inicial.

El terapeuta realiza un análisis junto con los pacientes de cómo podría ser de utilidad la técnica de solución de problemas de Golfried y D´Zurilla (1969), en su vida cotidiana, haciendo énfasis en las situaciones estresantes que viven debido a la IRC.

2.- El terapeuta expone como una posible alternativa de solución la relajación; explica los principios de ésta técnica, su área de aplicación y su importancia y aplica a los pacientes la relajación autógena con las siguientes instrucciones: (25 min.).

Una vez sentado en una posición cómoda, con los ojos cerrados, vamos a comenzar la relajación autógena. Primero, quiero que tomes conciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10 segundos). Conciencia de cómo sientes tu cuerpo en la silla... De los puntos de contacto entre tu cuerpo y la silla, los puntos de contacto de la cabeza, la espalda, los brazos y las piernas (10 segundos). Ahora quiero que te concentres en tu respiración; a medida que inspiras tu abdomen se eleva, y cuando espiras, el abdomen baja suavemente...

De forma que la expiración es un poco más larga que la inspiración (10 segundos), ahora, concéntrate en tu mano y brazo derechos y comienza a decirte mentalmente: siento mi mano derecha pesada (se repite tres veces), mi mano derecha es pesada y cálida (tres veces), siento mi mano y brazo derechos pesados (tres veces), siento una oleada cálida invadiendo mi mano y brazo derechos (tres veces). Visualiza tu mano y brazo derechos en un sitio cálido, dándoles el sol, mira cómo los rayos del sol descienden y tocan tu mano y brazo derechos... Cómo los calientan suavemente. Imagínate que estás acostado sobre la arena caliente, siente el contacto de tu mano y brazo derecho sobre la arena... O introducidos en agua caliente. Repite mi mano y brazo derecho se vuelven muy cálidos y pesados. Respira profunda y lentamente, a cada expiración lenta y larga, déjate llevar un poco más, mandando un mensaje de calor y relajación hacia la mano y brazo derecho (10 segundos).

De esta forma el terapeuta repite el mismo tipo de instrucciones para la mano y brazo izquierdo, pies y piernas derecha e izquierda, volviendo después sobre todas las extremidades y pasando el abdomen:

Mis brazos y manos están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mis pies y piernas están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mi abdomen es cálido (tres veces). Mi respiración es lenta y regular (tres veces). Mi mente está tranquila y en paz (tres veces). Cualquier preocupación acerca de mi pasado o futuro se disipa cada vez que expiro (tres veces). Puedo mandarme mensajes positivos acerca de mi propio valor (tres veces). La esencia de la relajación estará conmigo durante todo el día (tres veces). Gradualmente puedo empezar a volver a la habitación manteniendo los ojos cerrados. Soy consciente de nuevo de los sonidos fuera y dentro de la habitación. Voy sintiendo mi cuerpo sobre la silla. Cuando estés preparado, puedes empezar a mover tus dedos y poco a poco ir abriendo tus ojos.

El terapeuta promueve el análisis de la experiencia de relajación, pregunta a los pacientes, ¿cómo se sintieron con la relajación?, ¿Se les dificultó seguir las instrucciones y por qué? ¿En qué momento les sería de utilidad? ¿Qué beneficios piensan que tiene la relajación?. Se les indica que es necesario que la practiquen.

3. Cierre de la sesión por parte del terapeuta, éste resume la experiencia de la sesión e indica a los pacientes practicar la técnica de relajación en casa. (3 min.).

### Sesión III

Objetivo: Desarrollar la capacidad de los pacientes de modificar los pensamientos irracionales para lograr la regulación de la emoción.

1. El terapeuta saluda a los pacientes y pregunta si practicaron la técnica de relajación y cómo se sintieron. Analiza las dificultades que pudieron presentar los pacientes para realizarla y da alternativas de solución. También retoma los beneficios de la técnica. (5 min.).

2. El terapeuta realiza una exposición oral de las principales ideas irracionales (Ellis, 1975) y al presentar cada una de ellas realiza un análisis del sentido absoluto y desadaptativo de éstas. Utiliza apoyo gráfico, exponiendo cartulinas donde están escritas las ideas irracionales (20 min.):

- Para un adulto, existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
- Hay que ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.
- Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
- Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.

- Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
- Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
- Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
- Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
- El pasado tiene mucho que ver con la determinación del presente.

3. - Técnica de identificación de ideas irracionales. (15 min.).

Objetivo: estimular a los pacientes a que identifiquen y expresen sus ideas irracionales y que analicen como éstas influyen en su evaluación de las situaciones que viven debido a su enfermedad.

Procedimiento: se les pide a los pacientes que en cinco minutos escriban en una hoja de papel las ideas irracionales que tienen y en qué situaciones se presentan, se les indica que no firmen la hoja, y que la metan en un sobre. Se invita a quien lo desee a compartir con sus compañeros, lo que escribió, y se promueve la discusión. Posteriormente se eligen al azar dos sobres, y se exponen las ideas irracionales y situaciones ahí escritos, sin revelar la identidad del autor. Se realiza junto con el grupo un análisis lógico de éstos, donde se confronta con la evidencia la veracidad del pensamiento y se propone un pensamiento alternativo.

4.- Técnica llamada "Reglas para suscitar el pensamiento racional". (15 min.).

Objetivo: que los pacientes aprendan a modificar sus ideas irracionales mediante un análisis lógico.

Procedimiento: se le da a cada participante una tarjeta que contiene escrita la mitad de una idea irracional, se les pide que la lean y busquen a la persona que tiene la tarjeta con la cual se complementa la frase, ya que se encontraron, se les indica que deben trabajar juntos para contestar las siguientes preguntas, que se les entregan escritas en una hoja con instrucciones:

Traten de contestar las siguientes preguntas en función de la idea irracional que le tocó:

¿Existe algún soporte racional de esta idea?

¿De que evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?

¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?

Después se le pide a cada pareja que expongan las conclusiones a las que llegaron y se promueve la discusión, de cómo al modificar las ideas irracionales cambia la interpretación de la realidad y de cómo estas ideas irracionales afectan su afrontamiento a la enfermedad.

5.-Cierre de la sesión por parte del terapeuta, propone que cada paciente diga en una sola palabra como se sintió en esa sesión, él resume la experiencia de la sesión y antes de despedirse, les indica que en la próxima sesión lleguen vestidos con ropa cómoda y que durante el día traten de identificar dos ideas irracionales que hayan tenido y que traten de modificarlas, que lo lleven por escrito para la siguiente sesión.(5 min.).

#### Sesión IV

##### Objetivos:

Enseñar a los pacientes la técnica de relajación muscular sus principios básicos, su importancia y su aplicación.

Practicar la técnica de solución de problemas (Golfried y D´Zurilla, 1969).

1. El terapeuta saluda a los pacientes, les pregunta sobre su tarea, invita a quien lo desee a leer lo que escribió, y se realiza junto con el grupo un análisis de las posibles dificultades que se tienen para identificar las ideas irracionales y modificarlas, también se hace énfasis en que si se logran modificar cambia la perspectiva sobre la vida, en un sentido positivo. (5 min.).

2. Se aplica la técnica de relajación muscular de Jacobson. (30 min.).

Objetivo: reconocer y relajar la tensión muscular.

Procedimiento: el terapeuta explica los principios de ésta técnica, su área de aplicación y su importancia, da las siguientes instrucciones: sentarse en una posición cómoda con las caderas y espalda recargadas sobre el respaldo de la silla, las piernas separadas y apoyadas en el suelo, con las manos colocadas en las piernas, la espalda recta, y poniendo la cabeza en línea vertical.

El terapeuta da las siguientes indicaciones, con un tono de voz suave: el ejercicio consta de tensión y relajación de distintas series de músculos. Yo los guiaré contando 1, 2, 3, rápido para la tensión y 1, 2, 3, para la relajación, más lentamente para que noten la diferencia entre tensión y relajación. Repetiremos cada ejercicio dos veces.

Comenzaremos con tres series de inspiración-expiración.

Empezamos:

Cara: tensa la frente levantando las cejas...vuelve a la posición normal. Tensa la frente frunciendo el entrecejo...relaja. Aprieta fuertemente los párpados...vuelve a la posición inicial. Estira las comisuras de los labios como en una sonrisa forzada...vuelve a la posición inicial. Junta los labios como si quisieras dar un fuerte beso al aire...relaja. Junta los labios y apriétalos dirigiéndolos hacia dentro de la boca. Presiona con la lengua el paladar superior...vuelve a la posición inicial. Aprieta fuertemente la mandíbula...relaja.

Cuello: inclina la cabeza hacia la derecha haciendo que la oreja se acerque al hombro...vuelve a la posición normal, lo mismo hacia la izquierda. Inclina la cabeza hacia atrás haciendo que la nuca se aproxime a la espalda...posición de reposo. Inclina la cabeza hacia delante haciendo que la barbilla se apoye en el pecho...posición normal.

Brazos: aprieta fuertemente los puños...abre la mano. Dobla los brazos con los puños apretados, tensando los músculos...relaja volviendo a la posición normal.

Hombros: levanta ambos hombros tratando de aproximarlos a las orejas...relaja. Incorporate del respaldo y echa los hombros hacia atrás como si fueran a juntarse por detrás de la espalda...vuelve a la posición normal.

Pecho: tensa los músculos del pecho...relaja y vuelve a la posición normal.

Estómago: tensa el estómago y el vientre...vuelve a la posición normal.

Glúteos: tensa los glúteos apretándolos como si trataras de levantarte apoyándote en ellos...vuelve a la posición inicial.

Piernas: estira las piernas levantando las puntas de los dedos hacia la nariz...relaja volviendo a la posición inicial.

Para terminar el ejercicio acabamos con tres series de inspiración-expiración. Mueve los dedos de los pies y de las manos, también frota las manos, abre los ojos lentamente.

El terapeuta pregunta ¿cómo se sintieron? ¿tuvieron dificultades para seguir las indicaciones? ¿se sienten menos tensos? ¿piensan que podrían beneficiarse con ésta técnica de relajación? ¿cómo?.



3.- Aplicar dinámica llamada "cómo planear mi dieta mediante la solución de problemas". (15 min.).

Objetivo: que los pacientes pongan en práctica la técnica de solución de problemas de Golfried y D'Zurilla (1969).

Procedimiento: el terapeuta expone brevemente los pasos de la técnica de solución de problemas de Golfried y D'Zurilla (1969). Solicita a dos voluntarios, pide que cada uno de ellos elija un rol entre ser médico o paciente, y les dice que actuaran ese papel, le indica a quien representa al médico que trate de ayudar al paciente mediante la técnica de solución de problemas de Golfried y D'Zurilla (1969). A continuación les lee la siguiente situación.

Pedro Gómez es una paciente con IRC que llega a consulta con su médico y le dice: "doctor, yo sé lo importante que es para mi salud no ingerir sal y no tomar muchos líquidos, llevar a cabo la dieta que me indicó, sin embargo, hay días que no puedo realizarla; dígame doctor: ¿ Qué puedo hacer para seguir sus indicaciones?". Por favor actúen la continuación de esta historia.

El terapeuta pide a los otros pacientes que observen la forma de llevar a cabo la técnica, mientras él supervisa que se haga de forma correcta sin intervenir, al finalizar pide un aplauso para los dos voluntarios, e inicia una discusión acerca de los aciertos y posibles errores en el desarrollo de la técnica, de la forma de contrarrestarlos. Dando más importancia a los primeros. Repite el ejercicio con otro voluntario, pero ahora él mismo actúa como médico, modelando la forma de hacerlo. Se repite todo el procedimiento.

4. - Cierre de la sesión por parte del terapeuta, éste resume la experiencia de la sesión e indica a los pacientes practicar la técnica de relajación en casa. (5min.).

Sesión V

Objetivo:

Desarrollar la capacidad de los pacientes de ejecutar efectivamente las técnicas de modificación de ideas irracionales (Ellis, 1975), de solución de problemas de Golfried y D´Zurilla (1969), de la relajación autógena y de la relajación muscular progresiva.

Enseñar a los pacientes la definición de afrontamiento y sus funciones.

1. - El terapeuta saluda a los pacientes y les habla sobre la importancia de practicar las habilidades para que sean aprendidas e integradas al repertorio conductual de cada persona. También habla de que cuando éstas habilidades son aprendidas para manejar el estrés, se tiene mayor control sobre sí mismo y las situaciones ambientales, lo que promueve una mayor adaptación a su enfermedad y un ajuste psico-social eficaz. (5 min.).

2. - El terapeuta distribuye al grupo en parejas, les pide que con un tema libre, realicen simultáneamente un juego de roles donde traten de aplicar durante 5 min., cualquiera de las técnicas aprendidas, al terminar los 5 min., les indica que cambien de técnica y que la desarrollen por otros 5 min. Mientras tanto él recorre el salón observando el desarrollo de las técnicas al finalizar les da retroalimentación general sobre la forma en que lo hicieron, considerando aspectos positivos y negativos.

Realiza la discusión con el grupo de cómo se sintieron, que podrían mejorar, que les disgusta de la técnica, etc. (5 min.).

3. -Aplicar la dinámica grupal llamada "la barra" (3 min.).

Objetivo: promover el descanso de los participantes, con esto se logra que el grupo se relaje. Además, esto ayuda al grupo a integrarse mucho más, a tomar confianza y en cierta forma, a conocerse mutuamente.

Procedimiento: se divide a los participantes en cuatro "equipos", indicándoles una frase a cada equipo, ejemplo: equipo uno "Pasen la bola", equipo dos "Saquen al árbitro", equipo tres "¡penal!" y equipo cuatro "buena jugada". Dígales que cuando usted señale a un equipo este debe gritar su frase y que cuando usted levante las dos manos, todos deberán gritar ¡oooooooooo!!.

4. El terapeuta hace una exposición oral sobre el concepto de afrontamiento y su función (Lazarus y Folkman, 1984). Utiliza apoyo visual, exponiendo cartulinas donde están escritas las ideas principales sobre afrontamiento. (15 min.).

Objetivo: promover la comprensión de cómo las formas de afrontamiento determinan el manejo adecuado o inadecuado del estrés.

Lazarus y Folkman (1984), mencionan las siguientes formas de afrontamiento al estrés:

- Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.
- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.

Huida- evitación: de la situación de estrés.

- Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.
- Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal

4. Promover la discusión acerca de cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por cada uno de los pacientes y cómo se relaciona con su manejo del estrés (10 min.).

Procedimiento: se invita a un voluntario a que identifique su forma de afrontamiento predominante y que haga un análisis de su eficacia para el manejo de estrés, se les dice a los demás pacientes que sería bueno que compartieran su propia experiencia con el grupo, si no hay voluntarios, se le pregunta directamente a una persona.

5.- Cierre del taller: el terapeuta habla sobre la posibilidad de una recaída, que aún cuando se hayan aprendido las técnicas y se apliquen en la vida cotidiana, habrá un momento en que no se lleven a cabo, pero que no es determinante que se puede volver a aplicar la técnica en cualquier momento, vuelve a exponer brevemente la utilidad de las técnicas, su beneficio y la importancia de seguir las practicando. Se despide. (7 min.).

## ANEXO 2

ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL REGIMEN ALIMENTICIO EN PACIENTES CRÓNICO DEGENERATIVOS

Nájera, P.A., Ordaz, C.M., Villegas P.G., y Villarruel, R.B.

Edad:	_____		
Sexo:	(M)	(F)	
Edo.	_____		
Civil:	_____		
Ocupación	_____		
:	_____		
¿Qué enfermedad	_____		
de _____	_____		
enfermedad tiene usted?	_____		
¿Desde cuando?:	Menos de 1 año ( )	De 2 a 5 años ( )	
	De 6 a 10 años ( )	De 10 años en adelante ( )	

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones, trate de contestar lo más sinceramente posible. Marque con una "x" la opción de respuesta que mejor le describa, de acuerdo con las siguientes alternativas de respuesta:

Siempre puedo hacerlo

A veces puedo hacerlo

Casi nunca puedo hacerlo

Nunca puedo hacerlo

Por ejemplo:

Por ejemplo:	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
1. Cambiar las galletas de chocolate, por comida permitida				x

Si no podría o no se cree capaz de cambiar las galletas de chocolate, por comida permitida, entonces escogerá la respuesta que dice "Nunca puedo hacerlo" y la marcará con una "x"

Recuerde que no hay respuestas malas ni buenas.

Puede comenzar ahora

	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
1. Dejar de comer sal aunque la comida no sepa igual				
2. Seguir mi dieta cuando estoy en reuniones				
3. Hacer mi propia comida				
4. Cambiar el pan dulce por pan integral				
5. Seguir mi dieta cuando estoy con mis amigos				
6. Mantener una dieta equilibrada para cuidar mi salud				
7. Quitar el salero de la mesa sin que se me dificulte				
8. Cambiar mi forma de comer, aunque el resto de mi familia siga comiendo lo mismo				
9. Dejar de tomar alcohol, aunque sienta que solo así me tranquilizo				
10. Buscar otra comida que sea buena para mi salud				
11. Evitar comer cuando tengo problemas				
12. Dejar de usar el salero aunque esté frente a mi				
13. Elegir aquellos alimentos permitidos en mi dieta, cuando estoy fuera de casa				
14. Organizar mis horarios para comer lo mas sano posible				
15. Dejar de buscar comida cuando estoy solo				
16. Cambiar el azúcar por Candereel				

	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
17. Seguir mi dieta más fácilmente por la mañana, que a cualquier hora del día				
18. Acostumbrarme a la dieta que me mandó el médico				
	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
19. Dejar de probar la comida cuando están guisando.				
20. Seguir más fácil mi dieta cuando estoy contento				
21. Combinar mis alimentos para que me sepan bien				
22. Estar sin comer cuando veo la tele				
23. Dejar de usar la sal normal y usar la sal sintética (sin sodio)				
24. Negarme cuando me ofrecen algo que tengo prohibido comer				
25. Aprenderme los alimentos que tengo permitidos				
26. Comer lo que me ayuda a estar sano				
27. Tomar agua simple con facilidad y sin sentir asco				
28. Pedir apoyo a mi médico para que me sea fácil seguir mi dieta				
29. Cargar mi comida a donde sea para comer a mis horas				
30. Guardar la comida lejos de los lugares por donde paso				
31. Cambiar el camino a mi casa para evitar los lugares donde comía antes				
32. Seguir más fácil mi dieta, cuando me siento apoyado por las personas que estimo				
33. Comprar sólo los alimentos permitidos cuando compro el mandado				
34. Identificar los lugares donde hay comida prohibida para mi				
35. Dejar de comer jamón con facilidad				
36. Cuando estoy con personas que acabo de conocer me niego a comer lo que me hace daño				
37. Comer sin ponerle picante				



38. Esperar a comer en mi casa cuando se me antoja algo en la calle				
	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
39. Dejar de comer la fruta que tengo prohibida				
40. Esperar a comer hasta mi casa cuando tengo hambre				
41. Comer la carne asada				
42. Comer solo la cantidad de comida que me dijo el doctor				
43. Evitar comer una pequeña cantidad de alimentos prohibidos en una reunión aun cuando me haya cuidado en días anteriores				

## ANEXO 3

TALLER SOBRE EL MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL

ESCENARIO

Sala de Diabetes Gestacional ubicada en tercer piso, en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer.

MATERIALES

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta descriptiva por sesión Pizarrón</li> <li>• Plumines</li> <li>• Rotafolio</li> <li>• Folleto d psicoeducación sobre DG (véase anexo 4)</li> <li>• Folleto psicoeducativo sobre terapia cognitiva de Beck (véase anexo 5).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas tamaño carta</li> <li>• Lápices</li> <li>• Cartulinas</li> <li>• Colores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revistas de información general</li> <li>• Tijeras</li> <li>• Pegamento</li> <li>• Gafetes</li> </ul>
--	--	--

PROCEDIMIENTO

Se impartirá un taller basado en principios cognoscitivo-conductuales con las técnicas de: psicoeducación, solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. El taller está integrado por cuatro sesiones de entrenamiento de 11:00am a 12:30am durante una semana, con una frecuencia diaria, el horario puede ser variable, de acuerdo a la disponibilidad de las pacientes.

Sesión I

Objetivo General: la paciente comprenderá información general sobre los criterios diagnósticos y tratamiento de la DG.

Objetivos específicos:

- Promover la presentación e integración del grupo.
- Evaluar las creencias y la información acerca de la DG que tienen las pacientes a través de la discusión grupal.
- Proporcionar información sobre DG.
- Promover la comprensión y síntesis de información sobre DG en las pacientes.

1. Presentación del terapeuta (3 min.).

2. Presentación de los participantes con la técnica grupal "Presentación por parejas". (10 min.).

Objetivo de la técnica: facilitar el conocimiento de los nombres de los componentes del grupo y fomentar la confianza personal.

Desarrollo: se entrega a cada persona un gafete o una etiqueta adherible a presión y se le pide que escriba en ella su nombre de pila. Se informa a las participantes que la presentación será realizada por parejas. Se concede al grupo 5 min. Para que cada una intercambie información personal: nombre, intereses, aficiones, etc. Después cada miembro de la pareja presenta a la compañera a las demás.

3. Presentación del objetivo general del taller. (2 min.).

"Comprender información general sobre DG y promover mayor percepción de control de la enfermedad".

4. Exploración de las creencias acerca de la DG mediante la técnica de "Debate" (10 min.).

Objetivo de la técnica: conocer todos los aspectos de un tema a través de las opiniones de los miembros del grupo.

Desarrollo: se trata de una discusión ordenada sobre lo que las pacientes piensan qué es la DG (por qué se da, cómo se trata, y todos los comentarios que tengan acerca de la enfermedad). Se fomenta la discusión con la totalidad del grupo. En este caso, el terapeuta ejercerá las funciones de moderador: presenta el tema, aclara dudas, controla los tiempos, concede la palabra y realiza un resumen final reseñando las principales conclusiones.

#### 5. Psicoeducación sobre DG mediante "exposición" (20min.).

Objetivo de la técnica: proporcionar al grupo información ordenada sobre un tema y ayudar a comprender las relaciones entre los distintos componentes de éste.

Desarrollo: exposición sucesiva de los diferentes aspectos de la DG, realizada por el terapeuta, presentando los siguientes subtemas, de forma clara, breve y promoviendo la participación de las pacientes:

- Significado de la diabetes gestacional.
- Riesgos existentes para el feto y para la madre y posibilidades de control.
- La importancia del control metabólico óptimo durante la gestación para evitar los problemas perinatales.
- Hábitos saludables: dieta equilibrada, ejercicio, evitar tabaco y alcohol.
- Insulina: qué es y para que sirve.
- Riesgo en futuros embarazos.
- Programación de futuros embarazos.

Al concluir la exposición se proporciona a las pacientes el folleto psicoeducativo sobre DG (véase anexo 4).

6. Asimilación y comprensión de la información sobre DG mediante la técnica "periódico mural" (30 min.).

Objetivo de la técnica: favorecer la capacidad de síntesis de los miembros del grupo así como su participación e integración.

Desarrollo: se divide al grupo en 2 equipos, se les proporcionan cartulinas, tijeras, revistas, plumones, pegamento, y se les da la indicación de que realicen un periódico mural donde representen los conocimientos sobre DG que acaban de obtener. Al terminarlo se les pide a los dos equipos que expongan el concepto del mural.

7. Cierre de la sesión por parte del terapeuta, se resume la experiencia de la sesión y se felicita a las pacientes por haber participado, se les invita a la siguiente sesión. (5 min.).

(En cada sesión quedan 10 minutos por si alguna fase de la sesión toma mas tiempo, en caso de llevarse el tiempo exacto se realizará una dinámica de integración).

## Sesión II

Objetivo General: la paciente analizará la importancia de un adecuado control glucémico para la prevención de complicaciones y aprenderá estrategias de solución de problemas para lograrlo.

Objetivos específicos:

- Analizar la importancia de la adherencia al régimen para la prevención de complicaciones.
- Traducir los obstáculos de las pacientes para seguir correctamente el régimen en dificultades específicas que puedan identificarse con precisión como problemas abordables más que como hechos incontrolables.
- Instruir a las pacientes en la técnica de solución de problemas de (Golfried y D´Zurilla, 1969).
- Practicar técnicas de relajación.

1. Se saluda a las pacientes comentando lo importante que es su participación en el taller (2 min.).

2. Realización de balance decisional grupal acerca de la conveniencia de llevar a cabo el régimen mediante la técnica "cuchicheo" (15 min.).

Objetivo de la técnica: facilitar el trabajo de todos los miembros del grupo sobre un tema y obtener una opinión consensuada.

Desarrollo: se forman parejas en el grupo, las cuales, durante unos 5 minutos, hablan sobre las ventajas y desventajas de seguir el régimen prescrito para la DG, en un volumen que no impida la comunicación de las demás parejas. Mientras tanto se realiza una tabla en el pizarrón dividida en ventajas y desventajas de llevar a cabo el régimen, al terminar la discusión por parejas, se les pide a todos los miembros del grupo que pasen uno a la vez a completar la tabla sobre el pizarrón. Después se hace una exposición en común para extraer las principales conclusiones a las que se ha llegado.

3. Evaluación y definición de los principales problemas de las pacientes para apegarse al régimen con la técnica "listado" (15 min.).

Objetivo de la técnica: promover confianza entre los miembros del grupo y facilitar la auto-observación.

Desarrollo: se les otorgan hojas blancas y un lápiz a cada paciente, se les invita escribir en una lista aquellos problemas u obstáculos que anticipan tener en cuanto al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas para el control glucémico, (en la dieta, la realización de ejercicio o aplicación de insulina), y se les aclara que es un ejercicio individual. Al terminar el ejercicio de escritura, el terapeuta promueve la discusión grupal de aquello que escribieron, resumen la información y promueve la definición operacional de un problema común mencionado por las pacientes. Utiliza como apoyo didáctico el pizarrón. Por último se hace el consenso de cómo se consideraría este problema resuelto, con metas realistas y términos conductuales.

4. Generación de alternativas de solución y cursos de acción con la técnica "torbellino de ideas" (15 min.).

Objetivo de la técnica: facilitar la proposición de ideas, fomentar la producción de ideas creativas y contemplar alternativas de resolución de problemas.

Desarrollo: se pide al grupo que proponga ideas, cuantas más mejor, sobre la resolución del problema definido en el ejercicio anterior. Hay que indicar al grupo que es necesario evitar las repeticiones, que vale cualquier idea, por muy descabellada, ilógica o poco probable que pudiera parecer a priori, y que no cabe la discusión, ni las referencias personales a la hora de proponer una idea. Todas las ideas que se vayan proponiendo se recogen en el pizarrón.



Una vez finalizada la propuesta de ideas, se promueve un debate sobre las mismas, centrándose en analizar la lógica de cada una de ellas, su viabilidad, posibilidad de ser llevada a la práctica. El terapeuta promueve la elección de la alternativa de solución más viable, en términos de costo-beneficio, finalizado el debate se extraen las conclusiones.

5. Participación e integración grupal mediante la técnica de "la noticia" (10 min.).

Objetivo de la técnica: propiciar un ambiente relajado, promover la confianza entre los miembros del grupo y facilitar el relajamiento y la descarga de tensiones.

Desarrollo: se divide el grupo en dos y se pide a los integrantes de uno de los subgrupos que abandone la sala. A continuación se lee una noticia al subgrupo que quedó en la sala. Después se pide a los miembros del subgrupo de afuera que vayan entrando de uno en uno. Al primero que entra se le cuenta la noticia que ha de transmitir al segundo que entre y éste al tercero, y así sucesivamente hasta que todos se reintegran a la sala. Finalmente se compara la noticia como fue contada por última vez con la inicialmente leída.

6. Explicación de los principios básicos de la técnica de solución de problemas (Golfried y D`Zurilla, 1969) mediante "exposición" (10min.).

7. Objetivo de la técnica: proporcionar al grupo información ordenada sobre un tema y ayudar a comprender las relaciones entre las distintas partes de este.

Desarrollo: exposición sucesiva de los diferentes aspectos de la técnica de solución de problemas, realizada por el terapeuta, ejemplificándolo con el ejercicio "se me olvida comer mi colación" promoviendo la participación de las pacientes, (sistematiza y resume los ejercicios realizados previamente en la sesión, y hace explícita la técnica) a continuación se menciona los conceptos a exponer (véase Tabla 10):

Tabla 10. Pasos de la solución de problemas

Etapas	Preguntas/ acciones
Identificación del problema	¿Qué es aquello que quiero resolver?
Selección de objetivos	¿Qué quiero?
Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer?
Consideración de las consecuencias	¿Qué podría ocurrir?
Toma de decisiones	¿Cuál es mi decisión?
Puesta en práctica	Hazlo ahora
Evaluación	¿Ha salido bien?

\*Adaptación de la versión original de Wasik ,1984 en Meinchenbaum, 1985.

8. Relajación de las pacientes mediante técnica de “respiración diafragmática y la relajación muscular (10 min.).

Objetivo de la técnica: facilitar el relajamiento y la descarga de tensiones.

Desarrollo: el terapeuta indica recostarse en una posición cómoda con las caderas y espalda recargadas sobre la cama, las piernas separadas y apoyadas, con las manos colocadas en las piernas, la espalda recta, y poniendo la cabeza en línea horizontal con los ojos cerrados. El terapeuta da las siguientes indicaciones, con un tono de voz suave:

Comenzaremos con tres series de inspiración-expiración. (Modelando la respiración diafragmática).

“ El ejercicio consta de tensión y relajación de distintas series de músculos. Yo las guiaré contando 1, 2, 3, rápido para la tensión y 1, 2, 3, para la relajación, más lentamente para que noten la diferencia entre tensión y relajación. Repetiremos cada ejercicio dos veces con cada músculo que les mencione ( recorre todos los músculos del cuerpo de la cabeza a los pies)”. Al terminar indica abrir los ojos lentamente e incorporarse.

8. Cierre de la sesión por parte del terapeuta, éste resume la experiencia de la sesión e indica a los pacientes practicar por lo menos una vez la técnica de solución de problemas en el periodo intercesiones (5 min.).

### Sesión III

Objetivo General: la paciente aprenderá habilidades de relajación para controlar estados emocionales intensos

Objetivos específicos:

- Analizar la relación de los estados emocionales con el control glucémico.
- Promover en las pacientes la expresión de argumentos sobre la importancia del control metabólico
- Explicar la aplicación e importancia de las técnicas de relajación en el control emocional.
- Realizar un ejercicio de relajación.

1.- El terapeuta saluda a las pacientes y pregunta si practicaron la técnica de solución de problemas y cómo se sintieron. Analiza las dificultades que pudieron presentar las pacientes para realizarla y da alternativas de solución. También retoma los beneficios de la técnica (5 min.).

2.- Fortalecimiento de la importancia de mantener el control metabólico para prevenir complicaciones perinatales mediante la técnica de “Intención Paradójica” (20 Min.).

Objetivo de la técnica: promover la discusión e intercambio de argumentos de la importancia del control metabólico entre los miembros del grupo.

Desarrollo: a cada uno de los equipos que se formaron en la dinámica anterior se le asigna el papel de –abogados del diablo- y se les da la indicación de que tienen que convencer al equipo contrario de no cumplir las indicaciones médicas para el control metabólico, por otro lado se dice al otro equipo que defienda el por qué es deseable el cumplimiento, el terapeuta promueve la discusión y resume al final los argumentos a favor del control glucémico que manifiestan las pacientes.

3. Identificación y análisis de la influencia de los estados emocionales en los niveles de glucosa en sangre mediante la técnica “Ese es mi cuerpo y cuando me enojo. . .” y “exposición oral del concepto de estrés” (25 min.).

Objetivo de la técnica: facilitar la sensación de universalidad de la manifestación fisiológica de las emociones y promover el conocimiento interpersonal entre los miembros del grupo.

Desarrollo: se pone al frente del grupo los dibujos de dos figuras humanas con los órganos internos visibles y etiquetados con su nombre, se divide al grupo en dos equipos, cada uno de ellos tiene ocho círculos rojos, se les dice que el primero de ellos que logre poner todos los círculos (en el dibujo que les corresponde) en las áreas del cuerpo que sufren un cambio cuando nos enojamos, ganará un premio. Después de que termina el primer equipo se les pide que expliquen lo que realizaron. Al terminar el terapeuta hace una exposición breve del concepto de estrés y la activación fisiológica y elevación de glucosa durante algunos estados emocionales intensos.

4 Entrenamiento en relajación y análisis de la incompatibilidad con tensión mediante “Relajación Muscular Profunda (RMP)” (30 min.).

Objetivo de la técnica: enseñar estrategia de relajación a los miembros del grupo.

Desarrollo: el terapeuta describe el empleo de la RMP y sus aplicaciones, éstas incluyen la relajación general, la relajación de partes específicas del cuerpo, y su aplicación como parte integral de intervenciones médicas y psicológicas dirigidas al tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad, hipertensión, parto natural, etc.

El terapeuta indica recostarse en una posición cómoda con las caderas y espalda recargadas sobre la cama, las piernas separadas y apoyadas, con las manos colocadas en las piernas, la espalda recta, y poniendo la cabeza en línea horizontal, los ojos cerrados. El terapeuta da las siguientes indicaciones, con un tono de voz suave:

Comenzaremos con tres series de inspiración-expiración. (Modela la respiración diafragmática).

“El ejercicio consta de tensión y relajación de distintas series de músculos. Yo las guiaré contando 1, 2, 3, rápido para la tensión y 1, 2, 3, para la relajación, más lentamente para que noten la diferencia entre tensión y relajación. Repetiremos cada ejercicio dos veces con cada músculo que les mencione (recorre todos los músculos del cuerpo de la cabeza a los pies)”. Al terminar indica abrir los ojos lentamente e incorporarse.

5 .-Cierre de la sesión por parte del terapeuta, propone que cada paciente practique por lo menos una vez la técnica de relajación en el periodo intercesiones (5 min.).

Sesión IV

Objetivo General: la paciente aprenderá habilidades cognoscitivas para el control de sus emociones

- Describir modelo cognitivo de Beck y principales distorsiones cognitivas.
- Enseñar a la paciente a disminuir sus distorsiones cognitivas mediante pies de debate.

1. El terapeuta saluda a las pacientes y pregunta si practicaron la técnica de relajación y cómo se sintieron. Analiza las dificultades que pudieron presentar las pacientes para realizarla y da alternativas de solución. También retoma los beneficios de la técnica (5 min.).

2.- Introducción al modelo A-B-C de la Terapia Cognitiva de Beck y enseñanza de las principales distorsiones cognitivas mediante "exposición oral" promoviendo la participación activa del grupo y ejemplificando situaciones asociadas a la DG. (30 min.).

Objetivo de la técnica: las pacientes conocerán los principales pensamientos automáticos generadores de malestar emocional

Temas:

Estímulo ambiental --> pensamientos negativos --> activación fisiológica = emoción dolorosa

Nombrar la emoción

Describir la situación o suceso

Identificar las distorsiones

Distorsiones cognitivas

- Filtraje.
- Pensamiento polarizado.
- Sobregeneralización.

- Interpretación del pensamiento.
- Visión catastrófica.
- Personalización.
- Falacias de control.
- La falacia de justicia.
- Razonamiento emocional.
- Falacia de cambio.
- Etiquetas globales.
- Culpabilidad.
- Los debería.
- Tener razón.
- La falacia de la recompensa divina.

Durante la exposición se dan ejemplos de cada distorsión y se realizan ejercicios de refutación de éstas, motivando a las pacientes a participar.

Al concluir la exposición se les proporcionará un folleto psicoeducativo en el que se resumen algunos pensamientos disfuncionales, el modelo ABC y los principales pies de debate (véase anexo 5).

3.-Cierre del taller por parte del terapeuta, propone que cada paciente diga en una sola palabra como se sintió en este, el terapeuta resume la experiencia de taller (5 min.).

## ANEXO 4



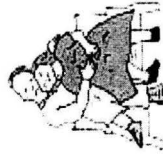
El control de glucosa se logra a través de tratamiento y con la vigilancia de la madre y el feto, por parte del personal de salud capacitado.



Se necesita una dieta especial que planea la dietista junto con la paciente



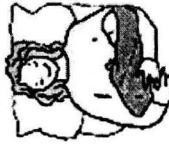
Y lograr estabilidad emocional ya que las emociones intensas afectan los niveles de glucosa.



Si no se controla la glucosa con la dieta, hay que inyectar insulina.



Después del embarazo los niveles de glucosa suelen volver a la normalidad, sin embargo, es deseable tener un chequeo constante de estos niveles para poder detectar la diabetes temprana.



**Recuerda!! que para evitar complicaciones** es necesario que realices tu dieta, hagas ejercicio, estés tranquila y cumplas con tu tratamiento, así al final de tu embarazo todo estará bien

**¡Hazlo por ti y tu bebé y verás que vale la pena!**

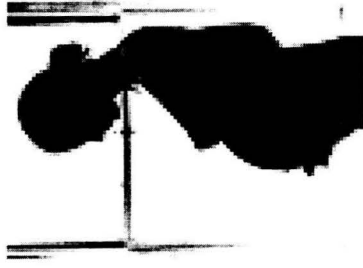
Elaboró: Psic. Villegas

Supervisó: Psic. Gutierrez Castillo

Jefe del Departamento de Psicología

HOSPITAL DE LA MUJER  
Departamento de Psicología Clínica  
Residencia en Medicina Conductual  
UNAM

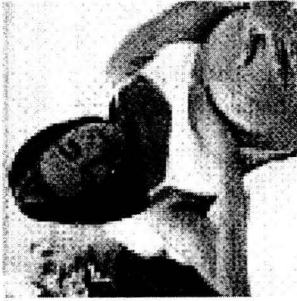
## DIABETES GESTACIONAL



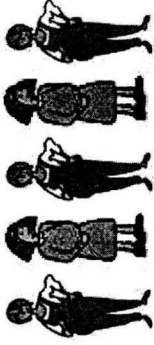
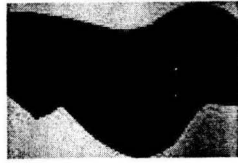
**¿Qué es y cómo se trata?**

## DIABETES GESTACIONAL

La Diabetes Gestacional (DG), consiste en el incremento inadecuado de glucosa en la sangre, identificado por primera vez durante el embarazo.



Durante la DG las hormonas del embarazo disminuyen la capacidad de la insulina para metabolizar la glucosa.



*Tener DG puede aumentar principalmente el riesgo de:*

- Que nazca un bebé muy grande, de 4 kg o más, ya que el feto está expuesto a niveles altos de glucosa que se almacena en forma de grasa.



- Que el recién nacido tenga **Hipoglucemia** (niveles de glucosa en sangre bajos) o **Ictericia** que se caracteriza por un tono de piel amarillento, condiciones que requieren tratamiento médico.



- Que el bebé nazca antes de tiempo.
- Defectos de nacimiento (poco común).
- Pérdida del bebé (poco común).

**Estos riesgos pueden disminuirse significativamente si la mamá:**

*"Mantiene la glucosa dentro de los límites normales durante el embarazo (menor a 105mg/dl en ayunas)."*



**Así evita complicaciones y asegura el bienestar del bebé.**

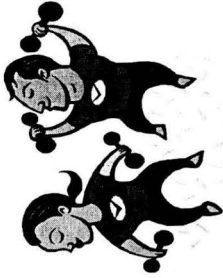
## ANEXO 5

También sirve repetirte algunas ideas como estas:

- *Puedo lograr que esta situación no me afecte demasiado.*



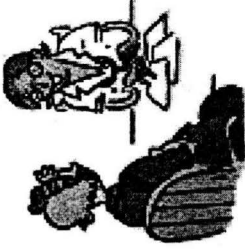
- *Soy fuerte, tolerante y puedo superar esto, ya que en el pasado he logrado hacerlo.*



- *No puedo controlar que todas las circunstancias o las personas sean como yo quiero, y puedo aceptarlo.*

Cuando te sientas culpable o te exijas haber actuado de forma distinta.

*Intenta hablarte con la misma comprensión y aceptación con que le hablarías a un amigo que tuviera un problema similar.*



*Pregunta a las personas para comprobar si tus pensamientos y/o actitudes son realistas o no.*

Estos trucos son como un acordeón que puedes usar para regular tus emociones.

***¡Prácticalo y te sentirás mejor!***

Elaboró: Psic. Carmen Villegas

Supervisó:

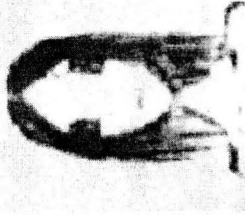
Psic. Diana Lilia Gutiérrez Castillo  
Jefa del Departamento de Psicología



Las emociones como la tristeza o el enojo son naturales, sin embargo a veces se vuelven tan intensas que nos provocan mucho malestar, y nos hacen caer en un círculo vicioso que hay que romper!!



¿Pero cómo?



Primero poniendo atención a lo que pensamos y cómo interpretamos las cosas  
Si tus pensamientos por lo general son ¡Todo me sale mal! ¡No lo puedo soportar!/  
¡Esto es terrible! ¡Es injusto!



¡Esto es terrible! ¡Es injusto!



¡Es que nunca hago nada bien!

Te estás mostrando estricta y rígida contigo misma o con los demás; lo que puede provocar que te sientas decepcionada e insatisfecha.

Antes de continuar con este círculo de pensamientos que te hacen sentir cada vez peor; sería bueno que te plantearas algunas preguntas:

Es realmente tan necesario.....?

¿Qué pruebas tengo de.....?



¿Podría haber alguna otra explicación para.....?

¿Qué es lo peor que podría ocurrir si..... fuera cierto?



¿Es tan importante..... que todo mi futuro dependa de

ello? ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

