



01962  
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:

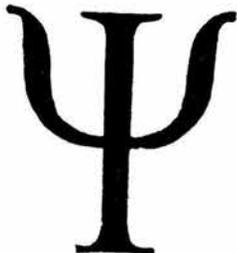
**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

**LIC. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO**

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. FERNANDO PASCUAL VAZQUEZ PINEDA

JURADO DE EXAMEN: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA  
DR. ANDRES BAZAN BORGES  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
DRA. SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO  
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA



MÉXICO,

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

*"Solamente dos legados duraderos podemos aspirar a dejar a nuestros hijos: uno, raíces; otro, alas".*

*Carter Holding.*

Papá:

Aquí te entrego un producto más de mi esfuerzo, se siente diferente, sabe diferente, no es más que la proyección de lo que seré, de lo que guía ahora mi vida, lo que perdura es de donde vinieron las cosas, de tus regaños, de tus límites, de tus aplausos, pero sobre todo de tu presencia y de lo difícil que debe ser ahora intentar inmiscuirse en esto y en otro sin tener muchos resultados, aunque sea solo un proceso académico significa para mí, ya no solo el respeto de padre a hija sino de un profesional hacia otro profesional, se que lo comprendes porque me amas, por que me miras día con día y encuentras cosas diferentes en mí, recuerda que mi amor hacia ti no termina, solo se ha modificado, es un amor más maduro e independiente, pero eso si, siempre seré tu niña...

Te amo.

*A veces, una separación prolongada, a la vez que amortigua los rencores despierta la amistad.*

*Marcel Proust.*

Mamá:

Es raro escribirte, hace muchos años que no lo hago y de lo poco que recuerdo es sobre mi necesidad de tu compañía, de tu presencia, de tu guía, de tu amor, quizás nos perdimos de muchos procesos académicos, de eventos de vida, pero desde el día que nos encontramos lo anterior podría cambiar, lamento tanto que nuestras vidas estén dirigidas de manera distinta y que tengamos que experimentar y aprender a tolerar, a disminuir la frustración, a comprender que a veces mis necesidades no son tus necesidades, que mi forma de ver y querer las cosas no son del todo como tu hubieras querido, por eso hoy te encuentras con una hija que podrá desprenderse sin llegar a cortar los lazos que siempre nos unieron, esté donde esté me encontraras, puedo ser capaz no solo de esto que tienes en tus manos y que hoy te entrego, sino de remontarme al pasado y desarrollar lo que nos falte... así me mantendré dispuesta hasta que estés lista.

Te amo.

*Un hermano es un amigo que nos da la naturaleza  
y un amigo es un hermano que nos da la sociedad.*

Oscar:

Mencionarte en este proyecto no solo es para brindarte nuevamente otro logro, sino para reconocer en ti tus esfuerzos, tus deseos, simplemente tu forma de ser, recuerda que aunque lejos estemos somos muy parecidos, por eso este logro lo comparto contigo, por que te quiero mucho, porque aunque no hemos compartido muchas cosas, logramos en algún momento cuando nos reencontramos hacerlo solo en una noche, déjame decirte que ese es el Oscar que yo deje de ver en aquel entonces, ese es el hermano que extrañe y que por fin tengo, ahora aprenderé a respetarte y aceptarte será mi segunda tarea...

Te amo.

*Los lazos de la amistad a veces son más estrechos  
que los de la sangre y la familia.*

*Giovanni Boccaccio.*

Tere:

Una vez más aquí nos encontramos, quiero darte las gracias, por el simple hecho de estar, por lograr modificar ante mis ojos tus creencias y valores, que aunque a veces puedan ser diferentes a como tu harías o como lo harías, por hacerme ver muy a tu modo lo que sientes por mi, reconozco que no es muy fácil, pero ambas sabemos por que hacemos las cosas...

Te amo.

*"Me dicen que abra los ojos y contemple las bellezas que el sol  
alumbra; que admire sus montañas, sus valles, sus torrentes,  
sus plantas, sus animales y no sé cuantas cosas más. Pero  
entonces, ¿el mundo no es más que una linterna mágica?  
Ciertamente el espectáculo es espléndido, pero en cuanto a  
representar allí algún papel, eso es otra cosa".*

*A. Schopenhauer.*

Abuela:

Nuevamente y aunque quizás estas palabras leídas para ti no tengan sentido, sin embargo yo quiero darte las gracias, por tu apoyo incondicional, por tu amor, por tu madurez al comportarte conmigo, por aceptarme incondicionalmente y por estar conmigo siempre, siempre...

Te amo abuelita.

El amor es una emoción crónica:  
Pensé que nadie se preocuparía de mí, pero  
cuando encontré a esa persona que me hizo  
pensar en los demás y ésta de mí, me di cuenta  
de que una amistad lo es todo.

Ricardo:

Encontrarte en este momento de mi vida ha sido lo más maravilloso, gracias por apoyarme, por hacerme sentir como jamás nadie me había hecho sentir, por respetarme, por considerarme y estar orgulloso de mí, admiro tu paciencia tu tolerancia, y por hacerme ver que por fin he encontrado el amor verdadero.

Te amo con toda mi alma.

*No hay amistad más grande que la  
de un borracho hacia otro borracho.*

Vikingo y leo (mis amoles):

A ambos les debo mucho de lo que soy ahora, encontrarlos en mi camino fue una de las mejores cosas que me paso en la maestría, descubrí en ustedes a unos verdaderos amigos, gracias por las enseñanzas no solo académicas sino de vida, por el apoyo incondicional, por salvarme de tantas caídas, por compartir su tiempo su espacio y pese a mis defectos o mis errores ustedes jamás dejaron de confiar en mí, son y serán siempre dos personas que nunca olvidare y difícilmente encontrare otros iguales, serán siempre mis Ángeles de la guarda.

Su amol!!!!

*"Una parte de la libertad es el derecho al cambio".*

*Alicia Keys.*

Samuel:

Fuiste un piedra angular en mi inicio en este proceso, por lo cual te estoy muy agradecida y hoy te entrego el producto de tu confianza, pese a que en el transcurso de la maestría disminuyo la frecuencia de convivencia no significa que mi aprecio hacia ti también disminuya, porque cuando te necesite, te encontré, porque me brindaste un espacio para desarrollarme y eso jamás lo olvidare, conocí no solo al doctor, conocí a la persona en alguna de tantas charlas que en el pasado tuvimos, por todo esto mil gracias...

Mtro. Fernando:

Gracias por darme la confianza en mi trabajo y en mis capacidades, gracias por tu discreción por tu tolerancia, pero sobre todo por darme tu apoyo para dar el último estirón a este proyecto que ahora ambos podremos disfrutar.

Gracias al resto del jurado, por sus observaciones y comentarios que enriquecieron mi trabajo.

Lo más importante que yo puedo hacer por un amigo es, simplemente, ser su amigo.

Thoreau.

Dr. Bazan:

Quiero darle las gracias por la confianza, por permitirme desarrollarme con la tranquilidad y sabiduría en el hospital, por darme mi lugar como profesional, por darme aquellas palabras de aliento en ese momento tan difícil, por impulsar mi presencia en el ambiente médico finalmente por ser el principal proveedor del trabajo en equipo, que fue mi más grande enseñanza estando bajo su servicio.

A Vázquez y Pardo con los cuales hicimos un equipo genial, siempre de apoyo y protección, aprendí mucho de ustedes y creo que en alguna medida ustedes de mí, me hicieron pasar muchos agradables momentos.

A González y Ocón, gracias por la diversión, por el apoyo en esos momentos de mi ignorancia, por ser mis médicos, por las Bolas y el merchandais.

Finalmente a Rosy, Jaquelin, Elia, Jose, y Carmen, un gran complemento, ayuda y apoyo, son el ejemplo del trabajo duro, siempre fieles a lo que creen, a lo que hacen, que es junto con todos una labor muy difícil pero hermosa.

Gracias a todos...

A mi supervisora in situ:

Bertha: gracias por la disciplina, por tus enseñanzas, por tu amistad, por tu confianza, por los buenos momentos que seguiremos teniendo, sabes que puedes contar conmigo en lo que pueda y aunque digas que soy irreverente, debo decirte que te respeto mucho y la irreverencia es solo para relajar el momento...

A mis amigas:

La amistad es el placer de saber que podemos ser nosotros mismos y que tenemos a alguien sincero que nos hace libres y nos escucha.

Ana:

Gracias por dejarme ser tu amiga, por permitirme molestarte, aprendí mucho de ti, a saber esperar, crecer como profesional y saber que podría sobrevivir, compartir contigo los malos y buenos momentos también me hace pensar que encontré otra mejor amiga.

Te quiero mucho.

La amistad solo podía tener lugar a través del desarrollo del respeto mutuo y dentro de un espíritu de sinceridad.

Bety:

Gracias por dejarme entrar a tu mundo, reconozco que la expresión de emociones no es tu fuerte, pero aprendí que a través de tus actos eres capaz de expresar mucho mas, conocerte me enseñó que pese a tus refunfuños eres una mujer muy sensible y apapachona, así que solo concluyo una cosa, que también contigo encontré una gran amiga.

Te quiero mucho.

Para preservar un amigo 3 cosas son necesarias:  
honrarlo cuando esté presente, valorarlo cuando esté ausente, y asistirlo cuando lo necesite.  
*Proverbio Italiano.*

Cris:

Gracias por tu amistad por ser como eres, por el apoyo por tu alegría, por la confianza, estoy segura que tengo una verdadera amiga, gracias por ayudarme en este proyecto porque fuiste de vital importancia porque me diste tu espacio, tu tiempo, tu sabiduría que fue una guía cuando me hizo falta...

Te quiero mucho.

Cualquiera puede simpatizar con las penas de un amigo; simpatizar con sus éxitos requiere una naturaleza delicadísima.

*Oscar Wilde.*

Carmen:

Casi una vida de conocerte, y hemos disfrutado de muchos eventos positivos y negativos, aceptaré tu disculpa si tu aceptas la mía, por mi dificultad en entender a veces tus decisiones, eres una gran mujer fuerte que merece esto que vivirás y aun más, solo permíteme estar ahí para disfrutarlo contigo, yo también te quiero como mi hermana, por que aunque nos conocemos a la perfección siempre descubrimos cosas nuevas día a día...

Te quiero mucho.

En resumen, sin ustedes no se hubiera facilitado la realización de este producto, gracias al comité de pares, que con sus observaciones, detalles, anotaciones, logramos conjuntar 5 reportes de los cuales estoy enteramente orgullosa.

"¿Por qué hay estrellas que brillan pero no se ven y existe gente que nunca llegare a conocer?"

Quiero agradecer al Dr. Nieto, Carlos, Alis y Bety, por el apoyo en especie que de alguna manera me brindaron, por esos buenos y tan divertidos momentos.

A todos mis pacientes, que me permitieron materializar el conocimiento adquirido, por la confianza que brindaron hacia mi trabajo y hacia mi persona.

Finalmente a la UNAM la cual me dio muchas satisfacciones, al Programa de maestría, en especial a la residencia, que me dio la guía de lo que será mi vida profesional.

Saber que la fe existe no es más que el inicio de un vida plena y tranquila justo como lo había pedio y ahora se me concedió, el papel que desempeñare de ahora en adelante será tomado con responsabilidad, mis guías me ayudarán y me harán tomar las mejores decisiones, por que bien dicen, que no hay más trabas que las que uno se pone, para poder lograr esto decidí quitarlas y ahora veo realizado mi ultimo gran sueño académico.

## ÍNDICE

Introducción.....	1
Reporte de Experiencia Profesional.....	2
Antecedentes de Medicina Conductual.....	3
Primera Rotación Hospital Juárez de México.....	6
Características generales de la sede.....	6
Epidemiología en la Donación y Trasplantes de órganos y tejidos.....	12
Bioética en el equipo de Trasplante.....	13
Características del Servicio.....	17
Caso Clínico.....	23
Programas de intervención desarrollados.....	36
Evaluación de las actividades académicas.....	40
Asistencia a eventos académicos.....	42
Segunda rotación Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán.....	44
Características generales de la sede.....	44
Actividades Dentro de la sede.....	45
Diseño y aplicación de un programa de intervención cognoscitivo conductual para personas con Diabetes Mellitas tipo II.....	53
Competencias profesionales adquiridas.....	76
Conclusiones.....	78
Referencias Bibliográficas.....	79
Anexo 1.....	85
Anexo 2.....	89

## INTRODUCCIÓN

El presente reporte de experiencia profesional contiene el trabajo realizado a lo largo de dos años de residencia, la primera parte esta enfocada a describir las actividades realizadas en el Hospital Juárez de México en el servicio de Trasplante Renal, el segundo año se divide en dos tiempos, el primero de ellos se efecto en el Instituto Nacional de las Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Subirán, describiendo las actividades dentro del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados paliativos y el segundo en la Facultad de Psicología con el Responsable de la Residencia en Medicina Conductual, presentando la propuesta de una protocolo de intervención para pacientes con Diabetes Mellitas tipo II, en una tercera parte se presentan las competencias alcanzadas durante la Maestría, finalmente se presenta la escala realizada, así como el material realizado para llevar a acabo el protocolo de intervención cognoscitivo-conductual.

## REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Con el incremento en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, se hizo necesario el planteamiento de nuevos modelos de salud-enfermedad, considerándose a la enfermedad como multicausal, siendo de mayor importancia los factores psicosociales, culturales y medio ambientales (Simón, 1993).

En la Conferencia Internacional en 1978 sobre Atención Primaria a la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la necesidad de expandir la atención de la salud a nivel preventivo y rehabilitatorio, además de la atención con fines curativos (Simón, 1993).

De tal modo, la OMS define la salud como:

*"El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" (World Health Organization, 2001, pág. 2)*

En México, aproximadamente el 55% de la población es derechohabiente de alguna de las Instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano de Seguridad Social ó Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado), y 6% de población no cuenta con servicios de salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Esta población es atendida por la Secretaría de Salud, a través de los centros de salud, hospitales generales y especialidades, y en el tercer nivel de atención por la Coordinación de Institutos de Salud, conformada por los 11 Institutos Nacionales, donde se proporciona atención de sub-especialidades y se efectúa investigación aplicada (Rodríguez y Rojas, 1998).

La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, derivadas de la psicología, se han integrado a nuevos campos de conocimiento incidiendo desde diferentes marcos teóricos y aproximaciones prácticas en los diferentes niveles de atención a la salud y calidad de vida de la población (American Psychological Association (APA), 1998; Kay, Tasman y Lieberman, 2000).

#### *Antecedentes de medicina conductual*

En 1978 en la conferencia sobre Medicina Conductual (MC), realizada en Yale, se acuña formalmente el término "Medicina Conductual", donde se define como:

*"El campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, en Godoy, 1991, pp. 873).*

Ese mismo año se creó la división de Psicología de la Salud en la APA, editándose en el "Behavioral Medicine Update" y el primer número de la revista "Journal of Behavioral Medicine" (Bayés, 1985).

En este nuevo campo interdisciplinario, el psicólogo clínico entrenado en técnicas cognoscitivo-conductuales trabaja en conjunto con el equipo de salud en la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (Villarruel, 2004).

En 1986 surge en México el primer Programa de formación de psicólogos de la salud a nivel de posgrado, dentro del modelo de las residencias médicas, insertando a los estudiantes en la atención a la población dentro de las diferentes instituciones de salud, cubriendo en tres años los diferentes niveles de atención a la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Desde 1999, las currículas de los programas de posgrado de la UNAM se modificaron, sustituyendo el programa anterior por el Programa de Maestría Profesional con campo de conocimiento en Medicina Conductual, el cual permite al estudiante adquirir habilidades y competencias para diseñar, intervenir y evaluar programas para el tratamiento psicológico de padecimientos médicos, con base en la metodología y técnicas cognoscitivo-conductuales en los tres niveles de atención de salud.

En una revisión hecha por Rodríguez y Rojas, (1998), encontraron que hasta 1993 trabajaban en el sector salud 1546 psicólogos, de los cuales 46% proporcionaba atención psicológica individual, 26% daba atención comunitaria y 28% tenía funciones distintas a la práctica de la psicología.

De acuerdo con lo anterior, se presenta el reporte de experiencia profesional donde se incluyen las actividades realizadas a lo largo de dos años en ambientes hospitalarios, además de actividades de investigación.

## 1ª ROTACION HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Servicio de Trasplante Renal

*Marzo de 2002*

#### *Características generales de la sede.*

El Hospital Juárez de México se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, este hospital es de tercer nivel de atención, consta de 7 edificios donde los recursos con los que cuenta son:

- ξ 400 camas censables y 135 no censables.
- ξ 69 consultorios en los diferentes servicios.

En general, cuenta con más de 19 especialidades, dentro de las cuales se me asignó al servicio de Trasplante Renal dando atención a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónico Terminal (IRCT). A continuación describiré brevemente en qué consiste esta enfermedad y uno de sus principales tratamientos, el Trasplante Renal.

La información referente a la enfermedad, dentro del contexto médico es muy amplia y compleja debido a la terminología utilizada, sin embargo, se ha intentado adaptar ésta para que la población general y los pacientes en particular, la comprendan, por ello presentaré una de las descripciones más claras sobre el padecimiento, la cual obtuve de la página <http://www.inforenal.com/mexico/index.htm>.

Los riñones son dos órganos que tienen el tamaño de un puño y una longitud aproximada de 11,25 centímetros. Están situados en la espalda, encima de la cintura y protegidos por las costillas.

Se dice que se tiene IRCT cuando los riñones ya no funcionan lo suficientemente bien para eliminar los residuos y los líquidos sobrantes del cuerpo. La falla renal completa se produce cuando el funcionamiento de los riñones es inferior al 10%, por lo tanto las toxinas, procedentes de los alimentos y las células del organismo, además del los fluidos sobrantes, se acumulan en la sangre; si los sobrantes no se eliminan, todo el organismo se ve afectado, con lo cual la persona enferma.

Los riñones dañados dejan de producir hormonas suficientes. También puede significar que los huesos comiencen a perder calcio y se debiliten. Un medicamento que realiza las mismas funciones que la hormona del organismo, es la eritropoyetina, que estimula la producción de células sanguíneas, este medicamento se puede utilizar para tratar este tipo de anemia.

Uno de los tratamientos para la IRCT es el proceso denominado "diálisis" que se utiliza para sustituir algunas de las funciones de los riñones (eliminación de residuos y líquido). Otra opción es que el paciente sea un candidato para un trasplante de riñón, es decir, cuando un nuevo riñón de un donante vivo o que ha fallecido sustituye al riñón que no funciona del paciente (los pacientes normalmente reciben diálisis mientras esperan el riñón de un donante). No todas las personas con falla renal son candidatas para un trasplante, debido a la presencia de otros padecimientos, como diabetes, cáncer, falla cardíaca, etc.

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad que determina importantes alteraciones en todo el organismo, además de alteraciones psicológicas. Los pacientes con IRCT tienen una experiencia particular de la enfermedad, ésta dependerá de la trayectoria de su enfermedad, de sus características personales y del entorno familiar, por lo tanto ocurren cambios importantes en la calidad de vida en estos pacientes; podemos decir que la sobrevivencia de las personas con IRCT es más alta con el trasplante debido a la donación de órganos, es decir, a la solidaridad de los ciudadanos (Vidal, 2003).

Un trasplante de riñón es una intervención quirúrgica, que se realiza en un centro específicamente autorizado, por un equipo con experiencia, mediante el cual se implanta un riñón de otra persona. Éste es la mejor opción de tratamiento para aquellos pacientes que precisan un tratamiento sustitutivo de la función renal de por vida, ya que es el procedimiento que más se asemeja a una función renal normal.

Los riñones que se trasplantan pueden proceder de:

Un donante cadáver: aquella persona fallecida que no haya expresado su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de órganos.

Un donante vivo: Persona mayor de edad que, en pleno uso de sus facultades mentales y con un estado de salud adecuado, otorga su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. Cuanto mayor sea la relación genética entre el potencial donante y el receptor, mayores posibilidades de tener tejidos compatibles.

Todos los pacientes que tienen un trasplante deben tomar inmunosupresores para evitar que el organismo rechace el nuevo riñón. Estos medicamentos protegen al riñón de los ataques del sistema inmunológico. Se trata de medicamentos orales que se toman diariamente de por vida, mientras tenga un riñón trasplantado.

Los inmunosupresores disminuyen las defensas. Para mantenerse sano, el paciente debe evitar el contacto con personas que tengan enfermedades contagiosas, como resfriados, gripe o varicela. Cuando se le da de alta, es importante que el trasplantado tome las dosis correctas de los medicamentos y que visite al médico con regularidad. Éste explora rutinariamente el funcionamiento del riñón y cambia los medicamentos según sea necesario.

El uso de inmunosupresores está asociado a efectos secundarios leves y graves. Algunos de estos efectos secundarios son temporales, mientras que otros están relacionados con la dosis del medicamento y se pueden evitar mediante su ajuste. Es importante entender que no todo el mundo presenta todos los efectos secundarios que se describen a continuación:

En algunos casos, los medicamentos necesarios para evitar el rechazo del riñón abren el apetito de algunos pacientes. Como es fácil aumentar de peso después de un trasplante, se deben controlar las calorías estrictamente. Para algunos pacientes es difícil adaptarse a este aumento de peso, que puede afectar a su imagen o a su autoestima. Si además su presión arterial es alta, se debe limitar la cantidad de sodio (sal) que consume. No es necesario limitar el consumo de proteínas y fósforo como cuando está en tratamiento de diálisis.

El rechazo es el principal problema de un trasplante de riñón. Significa que el cuerpo intenta librarse de algo que no le pertenece. El sistema inmunológico del organismo, que normalmente nos protege de las enfermedades reconociendo y atacando los cuerpos extraños como bacterias y virus, también puede reconocer un riñón trasplantado como un cuerpo extraño. Cuando esto ocurre, intenta atacarlo como si se tratase de un virus. El rechazo hace que el riñón trasplantado deje de funcionar. Los episodios de rechazo son relativamente habituales en los tres primeros meses al menos en el 50% de los trasplantes.

El tratamiento contra el rechazo consiste en aumentar la dosis de los medicamentos actuales y posiblemente añadir esteroides. De los episodios de rechazo que se producen en los 3 primeros meses, entre el 90 y el 95% son reversibles. Sin embargo, del 10 al 15% de los órganos trasplantados son rechazados durante el primer año. Si el riñón trasplantado es totalmente rechazado por el organismo, el paciente deberá volver a la diálisis y esperar otro donante. Es responsabilidad de éste tomar los medicamentos todos los días a la misma hora mientras tenga un riñón trasplantado. El éxito de un trasplante de riñón está directamente relacionado con el seguimiento de la medicación.

Para que todo este proceso se pueda dar, existe el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), éste distribuye, de acuerdo a su lista de espera, a qué hospital designará los órganos que no se pueden trasplantar o no son requeridos en el hospital donde ocurre el deceso.

La donación de órganos y tejidos se define como el acto de dar algo de sí mismo a otro sujeto que lo requiere, durante este proceso se encuentran involucrados un sin fin de aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y legales, entre otros. En la donación de órganos, tejidos y células participa un grupo formado por médicos, enfermeras, paramédicos y trabajadoras sociales, que con sus conocimientos y capacidades buscan fomentar la donación para poder incrementar el número de trasplantes que se requieren en el país (ver Tabla 1) [\[http://www.rnt.gob.mx/modules.php?name=donacion.](http://www.rnt.gob.mx/modules.php?name=donacion)

Tabla 1. Número de trasplantes realizados desde 1989 hasta 2003.

Órgano/Tejido	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
<b>Corazón</b>	5	1	3	1	5	8	11	3	8	4	9	15	31	14	9	127
<b>Corazón-pulmón</b>							2	1					1			4
<b>Corazón-riñón</b>							1									1
<b>Córnea</b>	226	298	363	658	696	1,197	603	1,029	1,392	1,410	1,314	1,959	1,862	1,985	475	15,467
<b>Hígado</b>	1		1	1	5	4	4	13	8	13	48	31	72	71	23	295
<b>Hueso</b>					4	5	6	2	6	1		6	161	156	56	403
<b>Médula Ósea</b>	59	11	19	36	37	41	71	92	90	86	106	138	138	78	18	1,020
<b>Páncreas</b>	4	1	2		3	1	3	12	1		1		1			29
<b>Páncreas-riñón</b>	2	2			1	1		1								7
<b>Paratiroides</b>							2	3	3	33						41
<b>Pulmón</b>	1		1		2	1	5	3		1			4	4		22
<b>Riñón</b>	1,404	392	386	396	648	853	646	873	991	1,102	1,232	1,483	1,350	1,282	328	13,366
<b>Válvulas cardiacas</b>													2	2		4

NOTA: En 1989 se acumulan los datos de los años anteriores. Los datos de 2003 son preliminares.

*Epidemiología en la donación y trasplantes de órganos y tejidos.*

La perspectiva de la transición epidemiológica y demográfica permite prever, en un futuro próximo, el incremento de la demanda de trasplantes para la atención de un número creciente de casos de enfermedades crónicas o degenerativas, en las que las alteraciones anatómicas o funcionales de algunos tejidos o los procesos crónico-terminales, condicionantes de insuficiencia de algunos órganos sólidos, indiquen el trasplante del órgano como el tratamiento idóneo para el restablecimiento funcional y la preservación de la vida (Secretaría de Salud [SSA], Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001)

El Programa Nacional Salud 2001-2006, señala entre sus objetivos, el beneficiar mediante estos procedimientos a los pacientes que así lo requieran, procurando garantizar el más alto grado de seguridad para la función y la vida del receptor, así como del donante, en el caso del donador vivo (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Si bien la información estadística disponible no permite estimar con precisión la demanda potencial de los diversos tipos de trasplantes, la revisión de las principales causas de mortalidad general de la población mexicana, orienta sobre la creciente demanda de los padecimientos susceptibles de ser resueltos mediante el trasplante de órganos o tejidos (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Se estima que la incidencia de la insuficiencia renal, asciende al año a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes. Si conservadoramente se calcula que el 50% llegase a ser candidato a trasplante, significa que para satisfacer esta demanda potencial en la población actual de la República Mexicana, sería necesario realizar 5 mil trasplantes renales al año. En cuanto a la edad, casi el 58% se encuentra entre los 21 y 40 años (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Esta cifra hace conveniente enfatizar la importancia de la 'Cultura de Donación', toda vez que a la luz del conocimiento actual, muchos de los casos de insuficiencia renal crónica pueden ser trasplantados a partir de donadores cadavéricos (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

#### *Bioética en el equipo de trasplante.*

Los profesionales de la salud, independientemente de su disciplina, al internar al unísono con un mismo paciente, necesitan, además utilizar una fundamentación, una metodología y un lenguaje éticos comunes que faciliten el dialogo, la deliberación y, en su caso, en consenso para la compleja toma de decisiones (Barbero, 2003).

La bioética en el principio de confiabilidad, busca conducir las disposiciones tomadas sobre la decisión, logrando una relación armoniosa y digna, que genere confianza en la sociedad invitándola a participar activamente (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

La bioética contempla tanto a donadores vivos como cadavéricos; considera que cuando se trata de un donador cadavérico la identidad del receptor debe permanecer en el anonimato para prevenir posibles chantajes de tipo moral o económico por parte de los familiares del donador (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Las reflexiones bioéticas no sólo se ocupan del donador, del receptor o de los familiares, también se preocupan de las personas que participan en el proceso (médicos, enfermeras, legisladores). Así como de quienes son los responsables de difundir información que pretenda crear o dar permanencia a una cultura de donación (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

El médico no debe ver a los pacientes, desde el primer momento, con ojos de posibles donadores, ya que eso evitaría que se hicieran todos los esfuerzos posibles para tratar de preservar su vida. Sus principios éticos deben de basarse en salvar la vida de la persona y luego, después de una extensa valoración, considerar que puede ser un donador (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

En todo el país la donación debe ser gratuita, es decir, sin buscar ninguna retribución económica, con el fin de evitar propiciar el comercio de órganos (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Cabe destacar que los criterios bioéticos son sumamente relevantes en el trasplante de órganos, ya que la distribución de éstos debe considerar cuatro principios básicos:

*Autonomía personal*

Es decir, el receptor deberá aceptar ser trasplantado después de valorar los riesgos y beneficios que esta intervención le pueda generar, para poder otorgar un consentimiento informado. Ninguna persona puede obligar o forzar a otra a decidir someterse a un trasplante, sino que se debe respetar la decisión del paciente. Ni siquiera el médico lo puede hacer. En la Declaración Bioética de Gijón (2000, en SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001) se salvaguarda al receptor: el paciente deberá expresar su consentimiento libre después de haber sido informado de forma adecuada.

*No maleficencia*

En todo momento los médicos y personal involucrado buscarán no hacer mal al paciente, brindándole las indicaciones y cuidados necesarios para intentar brindar bienestar a la persona. No es justificable moralmente si se causa un daño, aunque, claro está que se corren riesgos y los médicos intentan disminuirlos haciendo estudios y análisis antes, durante y después de la operación, y nadie asegura que al momento de intervención las cosas no salgan como se tenían previstas (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

### *Justicia*

Se crean comités que deciden con justicia a quién se le deberán donar los órganos disponibles, aunque por la falta de órganos se ven en graves dificultades. Un solo médico no puede decidir, porque su decisión puede ser tomada con base en aspectos muy subjetivos. En el primer caso se busca evitar que por cuestiones de raza o religión, edad o nivel socioeconómico no se asigne un órgano a determinada persona, y en el segundo caso se evitaría decidir por el grado en que pueda ser útil una persona de la sociedad. Sin embargo, dentro de los estudios que se requieren antes de ingresar a una persona en la lista de espera, se analiza el nivel socioeconómico y la situación familiar de la persona (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

### *Beneficencia*

Se pretende ayudar a mejorar la salud de las personas que padecen una enfermedad crónico-degenerativa, intentando reincorporarse a una vida normal, en donde pueden ser productivos para la sociedad y sigan compartiendo la vida con sus seres queridos (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

Estos principios bioéticos guían la labor del equipo del Servicio de Trasplante del Hospital Juárez de México, a continuación describo la estructura de éste, así como las principales actividades que desarrollé.

*Características del servicio.*

Consta de un Jefe de Servicio que es el Dr. Andrés Bazán Borges, dos Médicos Cirujanos de Trasplante Renal adscritos, dos residentes Cirujanos Generales y dos residentes Psicólogos de Medicina Conductual, un residente de primer año y un residente de segundo año, además cuenta con 19 enfermeras, que operan en los tres turnos, dentro del equipo participan tres trabajadoras sociales, dos de las cuales se encargan de la petición y donación de órganos, mientras que otra se encarga de los aspectos familiares y de vivienda, entre otras cosas actuando como primer filtro para el proceso de trasplante de donador vivo relacionado o donador cadavérico, así como de los pacientes en lista de espera, finalmente cuenta con una secretaria que apoya en lo administrativo al equipo de trasplante.

Dentro del hospital existen diferentes líneas de autoridad, la primera es el Jefe de Servicio de Trasplante Renal Dr. Bazán y en segundo lugar el Dr. Gallardo, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología, seguido de la Mtra. Bertha Molina Zepeda Supervisora in situ adscrita a éste.

Al llegar al servicio hubo la necesidad de reestructurar las actividades que desarrollamos durante esta rotación debido a que el año anterior eran tres residentes, uno de segundo y dos de primer año, los cuales, además de atender a los pacientes del servicio de trasplante, atendían a los pacientes del servicio de nefrología y a los pacientes de pediatría nefrópatas, dicha carga de trabajo se vió aminorada con la llegada de dos residentes, una al servicio de nefrología y otra a pediatría.

La manera en la cual asignamos las actividades fue a través de las listas de pacientes de donación tanto de vivo relacionado y cadavérico que los compañeros habían dejado para su seguimiento, quedando la mitad de los pacientes de la lista de donación cadavérica y la mitad de la lista de donador vivo relacionado para cada una de nosotras. El siguiente paso fue conocer y familiarizarnos con los expedientes y la Entrevista Psicológica Estructurada y Consentimiento Informado Calificado: Receptores y Donadores de Trasplante Renal, la cual se realizó por Alcázar y Rojano (2000).

El estado psicológico es determinado por la entrevista clínica y la entrevista es a veces acompañada por pruebas psicológicas y cognitivas.

El objetivo de la evaluación es identificar a los pacientes que efectivamente cumplan con el riguroso periodo post-operatorio, debido a que la falta de cumplimiento en este periodo puede generar problemas médicos importantes.

Los factores psicológicos que se consideran significativos en el cumplimiento incluyen: Funcionamiento Psicológico, Personalidad, Adherencia Terapéutica, Estilo de Afrontamiento y Apoyo Social.

El área de psicología no es solamente un complemento útil en el equipo del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México, ya que existe un sustento legal para integrar a dicha disciplina con el equipo médico.

En la Norma Oficial de la Federación, publicada el 30 de Septiembre de 1994 (NOM-EM 003-SSA-1994), está establecido que "...de los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, el comité estará integrado...por un psiquiatra o psicólogo..."

La Entrevista Estructurada para Trasplante Renal (EETR) enfatiza las áreas que son específicas al trasplante renal, también proporciona una forma de valorar el cumplimiento conductual de los pacientes, además, fue desarrollada para facilitar una valoración de la comprensión de la enfermedad y sus consecuencias. Los apartados que conforman esta entrevista son:

*Información sociodemográfica:* se reúne información demográfica como edad, género, escolaridad, etc., consta de 15 ítems.

*Comprensión de la enfermedad:* contiene 24 ítems que se enfocan en el conocimiento del paciente sobre su enfermedad renal, su régimen médico y dialítico actual, y su comprensión sobre el procedimiento del trasplante; los pacientes receptores responden preguntas acerca de cuándo fueron diagnosticados con insuficiencia renal, la etiología de su enfermedad y los diagnósticos, y el reporte del equipo médico.

*Factores implicados:* contiene 24 ítems, los cuales se enfocan a la aceptación de la enfermedad renal, la motivación y la aceptación voluntaria para el trasplante, así como la adquisición del órgano, en los donadores, su motivación para donar.

*Aspectos familiares:* consta de 7 items, se valora a los miembros de la familia y la calidad de la relación que tiene el paciente con ellos.

*Historia psiquiátrica:* contiene 13 items, valora el autoreporte sobre el historial psicopatológico, tratamiento psiquiátrico y abuso de sustancias del paciente; además de la historia psiquiátrica y uso de sustancias en la familia del paciente.

*Estilos de afrontamiento:* consta de 6 items, que valoran los recursos de apoyo con los que cuenta el paciente, describen su situación de vida, reportan quiénes le dan apoyo emocional o funcional durante el periodo post-operatorio.

*Examen mental:* existen 19 items, se valora la orientación, estado de ánimo, sueño, nivel de energía, ideación suicida, homicida y sintomatología psicótica.

*Pruebas psicológicas:* esta sección proporciona al psicólogo un espacio para reportar los resultados obtenidos de la aplicación de pruebas psicológicas.

#### *Funcionamiento psicológico:*

-Hamilton: esta escala mide depresión en los pacientes.

-IDARE: es un inventario de ansiedad rasgo-estado.

-Adherencia terapéutica: permite conocer en qué grado los pacientes con IRCT pueden manifestar su adherencia al tratamiento.

-16 Factores de Personalidad: explora factores o rasgos principales de personalidad, como expresividad emocional, autoestima y estado de ansiedad.

*Información médica adicional:* registra valores de laboratorio y medicamentos en el paciente al momento en que es captado por el área de psicología.

*Folleto informativo:* insuficiencia renal crónica, qué hacen los riñones, cómo funcionan, el equipo de trasplante, protocolo de trasplante renal, el trasplante y los cuidados hospitalarios, inmunosupresión, cuidados fuera del hospital, la dieta, infección, rechazo, estudios de laboratorio y rayos x, visita clínica, preguntas y respuestas comunes del paciente donador índice de vocabulario médico, guía de medicación al paciente trasplantado.

*Consentimiento informado calificado (CIC):* es un documento de carácter legal que busca certificar que el paciente comprendió la explicación de quien le informe y llegar a autorizar habiendo entendido de que se trata.

Al término de la aplicación de la EETR, el psicólogo puede determinar si el candidato y el donador cumplen con las consideraciones legales establecidas en la Ley publicada el 26 de mayo de 2000 en el Diario Oficial de la Federación, en ese sentido, el receptor requiere:

- ξ Capacidad de comprensión.
- ξ Ser consistente en los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
- ξ No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327).

- ξ Tener adherencia a los tratamientos.
- ξ Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX).
- ξ No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.
- ξ Tener enfrentamiento para tolerar el aislamiento.

Por otro lado, el donador requiere:

- ξ Capacidad de comprensión.
- ξ Estar libre de coacción física o moral para donar (Art. 26, Fracc. V).
- ξ Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como las posibilidades de éxito para el receptor (Art. 16, Fracc. IV).
- ξ No tener expectativas de ganancias secundarias (económicas o en especie) para donar.
- ξ No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.

Toda la información recogida a través de la administración de la EETR y pruebas psicométricas, se utiliza para redactar un reporte conciso acerca del estado psicológico de los pacientes a trasplantarse, esta información se utiliza para guiar la presentación de los casos clínicos en los comités interdisciplinarios.

Este protocolo es la guía con la cual desarrollé las actividades diarias dentro del servicio de trasplante donde:

- ξ Evalué al receptor y al donador de riñón, diagnosticando e interviniendo, ya sea para donador vivo relacionado o donador cadavérico.
- ξ Entrevisté a los familiares del receptor y del donador en sesiones en conjunto con los médicos y trabajadoras sociales, en el caso de los pacientes de donador cadavérico sólo se entrevistó al receptor.
- ξ Asistí a sesiones de subcomité y posteriormente a comité de trasplante, donde se evaluó cada caso.
- ξ Di seguimiento completo al paciente que se encontraba en aislamiento para contención post operatoria, así como a sus familiares.
- ξ Asistí al pase de visita en hospitalización.
- ξ Asistí a la consulta externa donde dí seguimiento a los pacientes trasplantados y por trasplantarse.
- ξ Asistí a clases sobre las distintas disciplinas que componen el servicio de trasplante.

En relación al servicio de Psicología:

- ξ Participé dentro de las sesiones clínicas y bibliográficas.
- ξ Asistí a supervisiones con el jefe de servicio de psiquiatría y psicología y la supervisora in situ.

*Caso clínico.*

El caso que se presenta a continuación está estructurado como un caso médico, debido a que éste es el formato establecido en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México.

*Historia Clínica*

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

2.

Nombre: E.A.R.

Edad: 31 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Licenciatura Trunca

Ocupación: Comerciante

Religión: Católico

Lugar de residencia: Edo., de México

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente fue referido a atención Psicológica por su médico tratante de consulta externa "...no tiene nada físico ya lo revisamos y nada, pero creo que está muy ansioso..." (sic. médico), ante esta petición el paciente fue entrevistado y refirió "...me siento muy nervioso, creo que me voy a enfermar y no quiero, no quiero estar aislado otra vez, tengo un dolor aquí en el pecho, el doctor ya me sacó unas placas y no tengo nada..." (sic. paciente).

El paciente fue trasplantado por donación cadavérica el 5 de Enero de 2002, dado de alta 15 días después.

### 3. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente masculino de edad aparente menor a la cronológica, con adecuado aliño e higiene, se presentó al servicio con dos cubre bocas y muy abrigado, durante la primera entrevista el paciente se mostró con movimientos en la piernas, dificultad para respirar a causa de los cubre bocas y su lenguaje era un poco mas rápido de lo normal.

En las entrevistas subsecuentes se mostró cooperador, activo, participativo y amable, dispuesto a encontrar alternativas sobre su padecimiento, lenguaje espontáneo con tiempo de reacción corto, fluido durante la entrevista, cabe mencionar que aún dentro del hospital, continuaba utilizando el cubre bocas.

### 4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Es producto del primer embarazo de cinco, sin alteraciones en su curso, de nueve meses de evolución, parto normal atendido en medio hospitalario, no se reportaron alteraciones neonatales, lloró y respiró espontáneamente; desarrollo psicomotor dentro de los límites normales, padeció las enfermedades comunes de la infancia, el paciente reportó haber tenido una luxación en el codo a causa de una caída (no recuerda a que edad) y una fractura de clavícula a la edad de 16 años debido a una caída durante un partido de fútbol, ambos accidentes se superaron exitosamente.

*Familia:* A la fecha de la entrevista vivía con su madre de 51 años de edad, comerciante, con la cual reportó tener una buena relación, basada en el apoyo y comprensión; padre de 53 años de edad, soldador, el paciente refirió que su relación es buena aunque percibe al padre rígido, justificándolo por su edad y educación recibida, en el momento en que el padre deja de tomar disminuyeron los problemas entre ellos; hermano de 30 años y otro de 25, los cuales vivían en EE.UU., la comunicación por esta razón era mínima pero cordial; hermano de 27 años de edad, con el cual reportó buena relación aunque éste no vivía con él y por último hermana de 20 años de edad, con quien el paciente reportó tener una muy buena relación, puesto que se encontraba viviendo con sus padres, siendo ésta uno de los apoyos más fuertes durante su enfermedad y recuperación después del trasplante.

*Escolar:* Reportó haber iniciado sus estudios a la edad de 6 años, cursando la primaria sin problemas, así como la secundaria, la cual terminó en tres años, posteriormente realizó tres años de comercio, al concluir inició la preparatoria y finalmente la licenciatura, cabe destacar que durante su trayectoria académica no reprobó ni repitió años, el motivo por el cual dejó la licenciatura fue que "...sentí que esto (la enfermedad) no iba a terminar y pensé en seguir adelante con la enfermedad y la escuela, pero desafortunadamente no se pudo, tenía que pagar colegiatura y atender mi diálisis, cosa que era muy desgastante..." (sic. Paciente).

*Laboral:* Comenzó su trayectoria laboral desde los 15 años de edad de manera irregular con empleos de medio tiempo o bien temporales, los motivos principales de separación de dichos empleos, fue por recortes de personal, cambios de empleo por superación personal, escuela y finalmente por su enfermedad; al momento de la entrevista trabajaba en un puesto en el tianguis sólo los días miércoles vendiendo cosas usadas, siendo éste su principal ingreso económico.

*Relaciones:* Comentó que desde la infancia era un niño tímido, sin embargo, no tuvo problemas significativos relacionado con esto; dicha situación continuó durante el periodo de adolescencia, superándolo gracias a los trabajos que desempeñó como encuestador, siendo este tipo de empleo el que lo ayudó a que desarrollara mejores habilidades sociales.

Debido a su enfermedad reconocía la dificultad para poder establecer relaciones de pareja, ya que consideraba que la IRCT es un padecimiento difícil, sin embargo, después del trasplante tenía el deseo de poder encontrar una pareja con la cual poder formar una familia, lo que lo detenía eran cuestiones económicas y la recuperación debido al trasplante.

## 5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

El paciente inició la sintomatología de IRCT desde 1996, cuando intentó cruzar la frontera hacia los EE.UU., siendo regresado por migración,

en Tijuana "... me sentía mal..., el cuerpo cortado, adormecido... me llevaron al sanatorio, estuve internado una noche... cuando desayuné me dieron ganas de vomitar y así lo hice y lo mismo me pasó con la comida y la cena..." (sic. Paciente). En el sanatorio donde lo atendieron por el malestar ya mencionado lo refirieron al Hospital Juárez de México, "...me sacaron laboratorios y al ver mis resultados me mandaron a hacer cita a nefrología, fue hasta agosto de 1996 donde me atendieron, me dijeron que era grave lo que tenía y me internaron, ese mismo día a las 3 de la mañana me colocaron el catéter duro, no fue fácil, me negué, pero sabía que así estaría bien y que finalmente había una oportunidad que era el trasplante..." (sic. paciente) con lo cual se incorporó al Protocolo de Donador Cadavérico.

La evolución de la enfermedad fue de 5 años, sin complicaciones, hasta que en enero del 2002, su médico tratante del servicio de trasplante le comunicó que había una posible donación, "...ese día me trataron de localizar, pero yo me encontraba en el hospital y aquí fue donde me dieron la noticia, que no me retirara, me dio mucho gusto y dije 'ojalá y se diera la donación', me espere todo el día hasta que me dijeron que sí había, me sentí un poco nervioso y feliz a la vez, otra oportunidad de seguir viviendo..." (sic. Paciente).

El trasplante transcurrió sin problemas, "lo primero que vi fue mi vientre y el parche y me di cuenta del tamaño de la cirugía, en ese momento dije 'ya estoy trasplantado' y di gracias a Dios por que todo había salido bien" (sic. Paciente).

Reportó que en algunos momentos durante el periodo de aislamiento hospitalario se sintió un poco nervioso porque no podía salir ni ver a nadie "me desespere un poco" (sic. Paciente).

Antes de continuar con la exposición del caso, es importante destacar las fases de aislamiento posterior al trasplante. La primera fase es el aislamiento total hospitalario, donde sólo tienen acceso a la habitación del paciente el personal de salud, se sigue un régimen alimenticio basado en la limpieza y aislamiento de los alimentos y la comunicación con el exterior se realiza a través de un intercomunicador. La segunda fase consiste en un aislamiento parcial en la habitación del paciente, cuidando las condiciones de higiene y restringiendo las visitas sólo a un miembro de la familia al cuidado del paciente y que no padezca ninguna enfermedad contagiosa. En la tercera fase, el aislamiento parcial se amplía al resto de la casa del paciente, logrando tener contacto con el resto de la familia. Finalmente comienza la reincorporación paulatina a sus actividades diarias, evitando contraer enfermedades contagiosas.

Durante el aislamiento parcial en casa, el paciente reportó haber tenido dudas sobre los cuidados y recomendaciones generales a seguir "yo no sabía nada del aislamiento me dije 'y ahora que', ya hasta un lunes el doctor me explicó cómo iba a estar el asunto y me tranquilicé un poco, me di cuenta de muchas cosas que la verdad no sabía" (sic. Paciente).

Esta falta de información hizo que el periodo de aislamiento en casa fuera igual de estricto que en el hospital, donde no se permitieron las visitas y utilizaba cubre bocas aún dentro de su habitación, sin salir ni ver a nadie de su familia, sólo a su mamá quien lo asistía.

Durante este aislamiento, presentaba sintomatología ansiosa "se me dormían las manos y los pies, me temblaban las manos, no podía respirar bien, y no sabía qué hacer y pensaba '¿cuanto tiempo tengo que estar así?...'." (sic. Paciente).

Para la última fase de aislamiento parcial, donde podía estar dentro de la casa sin problemas y poder salir de manera esporádica, decidió pasar 15 días más de aislamiento por temor a enfermarse o contagiarse de algún virus que pudiera haber en la casa, estos síntomas remitieron al asistir nuevamente a consulta externa, siendo de esta manera la forma en la cual salió a la calle en compañía de su madre. A partir de ese momento decidió trabajar en el puesto de cosas usadas, durante un mes el paciente no mostró sintomatología ansiosa, pero continuaba presentando cuidados excesivos, a tal grado de usar a veces 3 cubre bocas y muchas chamarras.

Negó alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías.

## 6. PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente refirió sentirse nervioso y preocupado por tener miedo a enfermarse y por esta razón estar aislado, se mostró ansioso, con movimientos de los pies y con el habla rápida y con algunas dificultades para respirar, se exploró la sintomatología presentada como: dolores en el cuerpo, temblores de las manos y adormecimiento de manos y piernas, los cuales remitían, cuando platicaba con alguien de su familia, asistía a trabajar o asistiendo al hospital para ser examinado por su médico, refiriendo sentirse mas tranquilo. El paciente mencionó que cada vez que sentía un malestar físico, dolor de huesos, pecho o muscular, comenzaba la sintomatología ansiosa.

La duración de esta sintomatología ansiosa fue durante todo el periodo de aislamiento hospitalario y en casa, remitía cuando se le proporcionaba información sobre los cuidados y regresaba al sentir malestares físicos, presentándose con una frecuencia de dos veces por semana.

La primera entrevista que se realizó fue un miércoles donde se revisaron los resultados de sus estudios, los cuales no reportaron anomalías, para el viernes en la mañana regresó al hospital refiriendo sentirse mal, al ser revisado se le diagnosticó neumonía y fue internado para control.

La principal área afectada era la laboral, por tener que quedarse en casa para sus cuidados, y el área social por el miedo a ser contagiado en el transporte público.

## 7. EXAMEN MENTAL

Este rubro fue obtenido a través de la observación directa del paciente en las entrevistas realizadas.

Paciente masculino de edad aparente menor a la cronológica, orientado en persona, tiempo y espacio, colaborador, se expresaba en lenguaje coherente, congruente, denotaba un estado emocional principalmente ansioso "me preocupa estar enfermo y estar aislado" (sic. Paciente), además con pensamientos obsesivos de cuidados como el uso de cubre bocas, se alejaba de su familia cuando éstos estornudaban o tosían sin enfermedad aparente y pese a que el paciente traía la mayoría del tiempo cubre bocas, no se observaron problemas en la atención, conservando la memoria a corto y largo plazo.

## 8. DIAGNÓSTICO

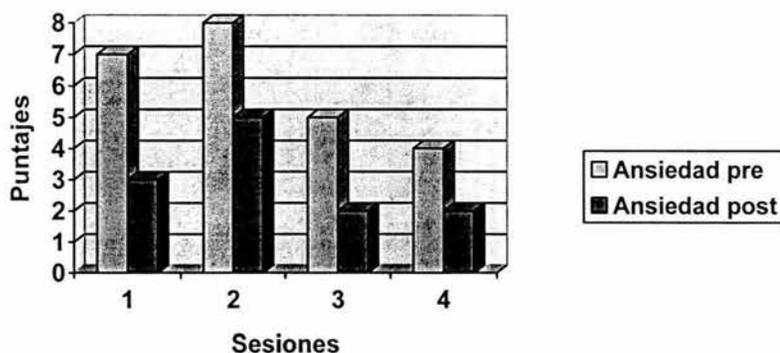
La impresión diagnóstica fue que el paciente presentaba déficit en el control de las emociones percibiendo situaciones negativas al extremo e inadecuado manejo de la ansiedad.

## 9. RESULTADOS

Debido a que el paciente acudía al hospital en crisis, las intervenciones se centraron a resolver los síntomas de ansiedad, para lo cual se realizó el procedimiento de relajación muscular progresiva, así como debate empírico de las creencias sobre la enfermedad y los cuidados posteriores al trasplante.

Se realizaron cuatro intervenciones cognoscitivo-conductual con este procedimiento, el cual se evaluó en una escala de 1 a 10, tanto al inicio como al final de la relajación. En la Figura 1 se presentan las puntuaciones de ansiedad durante las sesiones.

**Figura 1. Puntajes en la escala subjetiva de ansiedad.**



Como se puede observar, en la segunda sesión el paciente mostró la puntuación más alto antes de la aplicación de la técnica, esto correspondió al internamiento y aislamiento por neumonía, sin embargo, posterior a la relajación refirió sentirse menos ansioso, además, en todas las sesiones, se identificaron cambios clínicos como dilatación de pupila, remisión de movimiento de piernas, lenguaje aletargado, postura relajada y adormilada.

En la primera sesión se realizó intervención en crisis, donde el objetivo era disminuir la ansiedad, para ello se empleó el debate empírico de las creencias sobre las conductas de protección posteriores al trasplante, a partir de éste el paciente reconoció que estaba catastrofizando la situación.

Posteriormente se trabajó con la técnica de solución de problemas, generando alternativas para obtener información adecuada, solicitar estudios pertinentes y el seguimiento de éstos. Al final de esta sesión, el paciente se observó con menor ansiedad y mayor control percibido de la situación.

La segunda sesión fue en hospitalización debido al diagnóstico de neumonía, en ésta se indagó sobre su internamiento "ya ve como sí estaba enfermo... y ahora que estoy aislado me estoy acordando la vez que estuve aquí" (sic. Paciente). Se relajó al paciente y se le asignó la realización de una autobiografía durante el fin de semana, con la finalidad de obtener evidencias para un debate empírico posterior.

En la tercera sesión se exploró la experiencia en el aislado durante el fin de semana, refiriendo "como no tuve tele, pues el fin de semana me sentí nervioso (síntomatología ansiosa ya mencionada) pero hice mis respiraciones y me relajé, y ahora que ya me trajeron la tele me siento mejor" (sic. Paciente).

Ante la exploración de la tarea asignada se detectaron déficits de información sobre su padecimiento médico refiriendo que si sabría que hacer después del alta hospitalaria se sentiría mejor, así que se trabajó con un autoregistro de dudas sobre su cuidado y la manera de poder resolverlas, presentando un grado de ansiedad subjetivo de cinco, logrando disminuir a dos con la relajación.

En la cuarta sesión se trabajó con la estrategia de juego de roles para la obtención de información sobre los cuidados posteriores al internamiento, posteriormente se promovió la comunicación médico-paciente, con acompañamiento terapéutico, reforzando positivamente el desempeño del paciente.

Posterior a la interacción con el médico presentó un nivel de ansiedad subjetiva de cuatro, por lo que se consideró necesario relajarlo, obteniendo una disminución a dos puntos de ansiedad subjetiva. Ese mismo día fue dado de alta y se citó para seguimiento el día de su consulta externa.

En la sesión de seguimiento, el paciente reportó que la información obtenida lo hacía sentir menos tenso y ansioso, "ahora sí, ya sé que es lo que puedo y no puedo hacer... sólo me resta cuidarme porque, pese a que estoy bien, el doctor me dijo que guardara un poco de reposo, pero ya puedo hacer mis cosas..." (sic. Paciente). En esta cita el paciente aún se encontraba convaleciente, sin embargo, se mostró con un mejor estado de ánimo, alegre, no presentaba sintomatología ansiosa, aunque persistía el uso continuo de cubre bocas.

## 10. CONCLUSIONES

En esta intervención, el trabajo con paciente se dirigió a:

- ξ Control de la conducta ansiosa a través de la técnica de relajación muscular progresiva.

- ξ Psicoeducación, como factor que ayudara a la remisión de síntomas ansiosos.
- ξ Automonitoreo sobre pensamientos, emociones y conducta habiendo sido psicoeducado, fomentado la relajación muscular progresiva y promoviendo la búsqueda de información.

Los resultados muestran disminución de la sintomatología a nivel conductual y cognoscitivo, la búsqueda de información activa a través de la solución de problemas, con lo cual se proporcionaron estrategias para que el paciente se reincorporara adecuadamente a sus actividades cotidianas.

#### *Programas de intervención desarrollados*

Construcción de la Escala de Autoeficacia Percibida para el Cumplimiento del Régimen Alimenticio en Pacientes con Enfermedades Crónico-Degenerativas.

En co-autoría con las psicólogas Anallely Nájera Peña, Beatriz Villarruel Rivas y Guadalupe del Carmen Villegas Pérez 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 crónicos 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% (Nicasio y Smith, 1996).

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 (Nicasio y Smith, 1996). 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 (Kynngäs, 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, donde se estructuran 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 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 prescrita 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 prescritas por su médico.

### *Indicadores de autoeficacia*

*Magnitud:* se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar (Di Clemente, 1986).

*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 hacía dos años o menos y se atendían en el Hospital Juárez de México, el Hospital General de Atizapán o el Hospital de la Mujer.

### *Piloteo.*

La escala inicial constó de 66 items, los cuales se aplicaron a 50 personas para evaluar el nivel de comprensión y discriminación de los mismos. Se realizó un análisis de items 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 items (véase anexo 1).

El análisis psicométrico de la escala final (43 ítems), mostró un índice de consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 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.

#### *Evaluación de las actividades académicas.*

El apoyo ofrecido por el jefe de servicio, sirvió como impulso para divulgar el trabajo del psicólogo como parte importante del equipo de trasplante, a nivel de instituciones y sociedades médicas, lo que me llevó al compromiso de proyectar no sólo lo realizado dentro del servicio de trasplante, sino la formación académica del programa de residencia.

Formar parte del equipo de trasplante dentro del Hospital Juárez de México, fue enriquecedor, porque me aproximó al trabajo con el paciente, la familia, y a trabajar en equipo con el personal de salud. Al ser una de las primeras sedes que vieron la necesidad del trabajo del psicólogo en ambientes hospitalarios, se ha convertido en facilitadora y proveedora de conocimiento y experiencia.

El trabajo multidisciplinario fue enriquecedor para mi desarrollo profesional, ya que el equipo de trasplante renal contextualiza desde su perspectiva aspectos generales y específicos de sus disciplinas, logrando establecer comunicación no sólo al interior del equipo sino ampliando los conocimientos, en este caso de índole médica que demandaban la práctica diaria, así mismo, llegué a un servicio donde el trabajo a realizar se encontraba sistematizado, en el cual se abarcaban todos los aspectos, ya sea médicos, sociales, administrativos y psicológicos. Esta sistematización facilitó el desempeño y la búsqueda de alternativas de trabajo con los pacientes en protocolo de trasplante.

#### *Supervisora in situ.*

El apoyo por parte de la supervisora in situ es el primer contacto al interior del servicio de psicología, quizá la gama de corrientes teóricas al interior del mismo en un principio las observamos como obstáculos en la aportación de soluciones en las sesiones clínicas, sin embargo aprendí que pese a lo anterior es posible la defensa de las técnicas cognoscitivas-conductuales, justificadas bibliográficamente.

La disposición de la supervisora para resolver las necesidades del grupo de residentes, la orientaron a proponer en conjunto supervisiones adicionales que fomentaron el crecimiento y el esclarecimiento de dudas con la exposición de conceptos y técnicas, las cuales coincidían con las adquiridas en la formación, facilitándose la comunicación y el entendimiento por ambas partes.

#### *Supervisor Académico.*

Éste se convirtió en una extensión de lo que de manera teórica se adquirió en el periodo de preparación para el trabajo en el hospital, sirvió como coadyuvante en las relaciones entre hospital y campo universitario, ayudándome a concretar o sistematizar la información y las actividades a desarrollar, para fines institucionales o académicos.

El análisis de competencias, se presentan en la pagina de forma general.

#### *Asistencia a eventos académicos.*

##### *Cursos.*

- ξ “Temas Selectos en Trasplante de Órganos y Tejidos”, que se llevó a cabo del 15 al 19 de Julio de 2002 en la Facultad de Medicina.

##### *Congresos.*

- ξ Congreso del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas A.C., que se llevó a cabo en Acapulco Gro. Del 4 al 7 de Diciembre de 2002.

- ξ Congreso de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual A.C., miembro de la Internacional Society of Behavioral Medicine, Celebrado en el Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes de la Asociación para evitar la ceguera en México, en la Ciudad de México, los días 29 y 30 de Noviembre de 2002.
- ξ Congreso VI de la Sociedad Mexicana de Trasplantes A.C., celebrado en Guadalajara, Jal., del 14 al 19 de octubre de 2002.

*Ponencias.*

- ξ Presentación del Trabajo, "Escala de Autoeficacia en el Cumplimiento del Régimen Alimenticio en Pacientes con Enfermedades Cónico Degenerativas", del 18 al 22 de Noviembre, en el Hospital Juárez de México, en la XXXV Asamblea Nacional de Cirujanos.
- ξ Presentación del Trabajo, "Entrevista Estructurada y Consentimiento informado Calificado: Receptores y Donadores de Trasplante Renal", del 18 al 22 de Noviembre, en el Hospital Juárez de México, en la XXXV Asamblea Nacional de Cirujanos.
- ξ Presentación del Trabajo, "Escala de Autoeficacia en el Cumplimiento del Régimen Alimenticio en Pacientes con Enfermedades Cónico-Degenerativas", que se llevó a cabo en Acapulco Gro., del 4 al 7 de Diciembre de 2002 del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas A.C.
- ξ Conferencia "Trasplantes y Donación de Órganos" realizada en Apan, Hidalgo, el 23 de Marzo de 2002, DIF Hidalgo.

## 2º ROTACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

*Marzo 2003*

### Características de la Sede

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud de tercer nivel. Es una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico de México, y se encuentra ubicado en Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan C.P. 14000 México, D.F.

Desde sus inicios, el Instituto se planeó como una institución médica modelo en que las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Los objetivos iniciales fueron cumplidos con amplitud y en sus más de 50 años de existencia el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40 abarcando casi todas las especialidades de la medicina.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año con un promedio de 215,000 consultas anuales. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

Su personal médico es de 176 especialistas, todos con varios años de entrenamiento en el país o en el extranjero. Son la Dirección de Medicina y la Dirección de Cirugía quienes tienen a su cargo la actividad asistencial en la institución.

#### *Ubicación del Residente de Medicina Conductual en la Sede.*

En el servicio Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, fuimos asignadas dos residentes de segundo año, donde se acordó que cada mes rotaríamos entre el servicio de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor, con el fin de conocer y manejar la población y los casos en específico que requerían continuidad.

Dentro del servicio se encontraban el Jefe de Servicio, Dr. Uriah Guevara López; dos adcritos, la Dra. Argelia Lara Solares y el Dr. Antonio Tamayo; una Supervisora In situ, la Mtra. Lou González Muñoz, siendo éstas las principales líneas de autoridad; un Supervisor Académico, el Mtro. César A. Carrascoza Venegas; cinco Residentes Algólogos, dos enfermeras Algólogas, una Trabajadora Social y una Secretaria.

#### *Actividades dentro de la sede.*

La entrada al hospital era a las siete de la mañana, diariamente se asistió a clase teórica de una hora, con temas, en su gran mayoría, médicos, sin embargo se designaron dos clases mensuales con temas psicológicos específicos, como son manejo de dolor desde el punto de vista psicológico, asertividad, manejo del paciente difícil.

A las ocho de la mañana se pasaba visita en hospitalización con todo el cuerpo médico desde el jefe de servicio, Adscritos, Supervisora In situ, Residentes Médicos y Psicólogos, Enfermeras y Trabajadoras sociales, donde el residente evaluaba el nivel de dolor, el uso o abuso de medicamentos para su control, principalmente. Dado que son muchas las personas que observan al paciente, resulta difícil hacer intervención justo en ese momento, por lo cual nos limitamos a observar déficits y/o excesos conductuales como son:

- ③ **Facie aguda dolor.**
- ③ **Reporte subjetivo de dolor en la escala visual análoga de más de 6.**
- ③ **Movimientos constantes del cuerpo con el fin de mitigar el dolor.**
- ③ **Llanto fácil.**
- ③ **Sudoración.**
- ③ **Verbalizaciones que demostraran enojo.**
- ③ **Discurso poco congruente.**
- ③ **Reportes verbales como:**
  - ③ **No tomarse los medicamentos.**
  - ③ **Abusar de los medicamentos.**
  - ③ **Evaluación subjetiva de medicamentos previos.**
  - ③ **Sentimientos de desesperanza relacionadas con la mejoría y/o estancia dentro del hospital.**
- ③ **Además de las interconsultas médicas al interior del servicio.**

Identificado esto, regresaba con el paciente para iniciar una intervención, cabe señalar, que en este servicio no están permitidas las notas clínicas dentro del expediente Médico, ni existían los recursos para abrir expedientes de psicología, en su defecto se creó una agenda donde se registraban las sesiones, el probable diagnóstico, tratamiento y seguimiento, esta información era requerida en la junta que se realizaba posterior al pase de visita.

La Consulta Externa iniciaba a las nueve de la mañana y terminaba a las dos de la tarde aproximadamente, se atendían en promedio 25 pacientes entre Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

La intervención Psicológica se desarrollaba posterior a la consulta médica, en condiciones incómodas y a veces inapropiadas para el propio paciente.

Otra de las actividades era integrar un comentario a la presentación de casos clínicos de los médicos residentes.

Los días lunes de cada semana había reuniones con la supervisora in situ, donde se trataban temas relacionados al ambiente hospitalario, su organización y jerarquías, así como el mejor manejo e interacción con los adscritos y residentes, además este día se tenía la reunión con el supervisor académico, donde se hacía la revisión y organización del protocolo a desarrollar dentro de la sede.

Asistencia a sesiones generales una vez por semana el día viernes, en el auditorio principal del hospital.

Se tenía asignado un día académico, rotando semanalmente en los dos Institutos (Cancerología y Nutrición) donde se asistía a clases con los residentes de las sedes, con los adscritos y con la supervisora in situ, para desarrollar las sesiones bibliográficas, así como la presentación de Casos Clínicos.

El tiempo de permanencia dentro de la sede fue de 4 meses por lo cual no fue posible desarrollar programas de intervención, ya que este tiempo sólo permitió la detección del padecimiento y población de interés, que en este caso fue el paciente con Fibromialgia, de la cual se describen los principales aspectos médicos.

#### *Definición*

Es un síndrome caracterizado por dolor generalizado y mayor sensibilidad dolorosa a la palpación en determinados puntos musculoesqueléticos denominados "puntos dolorosos" (Martínez, 2003).

#### *Etiología*

La causa se desconoce, el dolor probablemente es el resultado de la interacción de mecanismos fisiopatológicos, como factores locales, estrés mecánico y fenómenos reflejos asociados con dolor crónico, que pueden causar dolor referido desencadenando el ciclo de dolor espasmo muscular, caracterizado por historia crónica, bilateral, en el cuerpo en porción superior y baja, dolor musculoesquelético combinado, hallazgo de 11 a 18 puntos dolorosos, dolor de más de tres meses de evolución, dolor en los cuatro cuadrantes del cuerpo (Martínez, 2003).

*Puntos dolorosos (Martínez, 2003).*

- ξ Borde superior y medial de trapecios.
- ξ Parte inferior del músculo esternocleidomastoideo.
- ξ Pectoral mayor, parte lateral a nivel de la 4a. Unión costochondral.
- ξ Porción media del músculo supraespinoso.
- ξ Cuadrante superior externo de glúteos.
- ξ Trocánter mayor.
- ξ Cojinete graso medial de rodillas.

*Criterios diagnósticos (Martínez, 2003).*

Criterio mayor:

Presencia de dos o más de las seis variables clínicas, por historia clínica, cuatro o más puntos dolorosos.

Criterio menor:

Presencia de tres o más de las seis variables clínicas por historia, dos o más puntos dolorosos.

Criterios obligatorios:

Presencia de dolor, rigidez o ambos, en cuatro o más sitios anatómicos por tres meses o más.

*Síntomas (Martínez, 2003):*

- ξ Dolor generalizado con alodinea e hiperalgesia.

- ξ Fatiga y sensación de debilidad.
- ξ Insomnio.
- ξ Disestesia / parestesia.
- ξ Dificultad cognoscitiva.
- ξ Quejas auriculares, vestibulares y oculares.
- ξ Rinitis crónica / alergia.
- ξ Palpitaciones.
- ξ Dolor regional.
- ξ Síndrome de colon irritable.
- ξ Sensación subjetiva de hinchazón.
- ξ Depresión, ansiedad, bruxismo.

*Tratamiento (Martínez, 2003):*

- ξ Ejercicio físico.
- ξ Manejo psiquiátrico o psicológico.
- ξ Antidepresores tricíclicos, hipnóticos-sedantes, analgésicos antiinflamatorios no esteroides, protectores de mucosa gástrica, antieméticos, antiespasmódicos, etc.
- ξ Tres a cuatro meses de inhibidores de recaptación de serotonina.

*Aspectos psicológicos de la Fibromiálgia.*

La fibromiálgia, es una enfermedad que puede estar influida por aspectos psíquicos que condicionen la respuesta del paciente a sus propios síntomas e incluso que estén relacionados con su aparición (Dolor y Fibromiálgia. Aspectos Psíquicos, 2001).

Todos estos aspectos llevan al paciente a un peregrinaje por los distintos servicios médicos en busca de una orientación terapéutica adecuada que, en muchos casos, les resulta difícil de encontrar (Dolor y Fibromiálgia. Aspectos Psíquicos, 2001).

Esta situación es vivida por el paciente con angustia y ansiedad que aumenta la sensación de dolor. Los enfermos afectos de fibromiálgia suelen ser "exigentes, cuidadosos, ordenados y muy meticulosos" en todos los aspectos de su vida y también es característico encontrar rasgos depresivos aunque esto último no se sabe si es un rasgo innato de su personalidad o es una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico, esta es una experiencia vital que afecta a toda la esfera psicológica y social del paciente que le lleva a sentir desamparo y desesperanza que está asociado a una resistencia cualquier tipo de tratamiento (Dolor y Fibromiálgia. Aspectos Psíquicos, 2001).

Mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ayuda a reducir los trastornos asociados como la ansiedad o la depresión y además limita los efectos del dolor constante sobre la vida cotidiana.

El dolor, el cansancio, los problemas de sueño, la tensión y el negativismo son los promotores de la depresión y la ansiedad, produciendo finalmente mayor malestar, incapacidad para afrontar situaciones y nerviosismo (Fibromialgia: Aspectos Psicológicos, 2002).

El dolor y los síntomas relacionados con la fibromialgia resultan muy estresantes para el cuerpo. Una investigación más reciente revela que fisiológicamente, los pacientes con FM simplemente no manejan el estrés (Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación, 2001).

Por eso, se les recomiendan los programas del manejo de estrés desde una perspectiva cognoscitivo-conductual. Entre los que se utilizan la biorretroalimentación, los ejercicios de respiración, la relajación progresiva, la imaginación guiada y el entrenamiento autogénico. Los pacientes necesitan un entrenamiento inicial para muchos de estos acercamientos terapéuticos, pero luego generalmente pueden seguir practicando los conceptos aprendidos sin más ayuda (Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación, 2001).

Las relaciones que existen entre los aspectos psicológicos y su síndrome fibromiálgico van desde la necesidad de asumir su enfermedad y sus limitaciones, hasta su estado de ánimo, pasando por la capacidad de afrontar las situaciones problemáticas, el manejo de situaciones familiares, sociales y laborales y, en general, su calidad de vida (Guía de Aspectos Psicológicos en Fibromialgia, 2001).

El resto del año se desarrollaron actividades en la Facultad de Psicología dentro del Programa de Estilos de vida: Programa de pacientes Diabéticos a cargo del Coordinador de la Residencia el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, donde se desarrollo la propuesta del siguiente protocolo.

#### Autoeficacia percibida:

Diseño y aplicación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual para personas con Diabetes Mellitus tipo II.

La Psicología clínica de la salud es un campo de la Psicología aplicada que permite abordar una serie de problemas que tradicionalmente habían sido manejados por los médicos.

Si bien es cierto que esta disciplina ha tomado una serie de fundamentos teóricos derivados del análisis experimental de la conducta, es necesario señalar que el movimiento cognoscitivo-conductual ha hecho posible contemplar bajo una nueva perspectiva los problemas psicológicos.

Esta campo ha desarrollado un nuevo panorama de aplicación de los fundamentos y técnicas psicológicas que demuestran que es necesario el enfoque multidisciplinario para abordarlos y resolverlos.

Se estima que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo asciende a los 177 millones. El incremento en las enfermedades crónico degenerativas produce un aumento de las discapacidades (World Health Organization, 2002).

La información referente a la enfermedad, dentro del contexto médico es muy amplia y compleja debido a la terminología utilizada, sin embargo, se ha intentado adaptar ésta para que la población general y los pacientes en particular, la comprendan, por ello presentaré una de las descripciones más claras sobre el padecimiento, la cual obtuve de Lundstrom, Mordes & Rossini (1998).

El término DM describe un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por una elevación persistente de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia) junto a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas que ocurren como consecuencia de alteraciones de la secreción y/o en la acción de la insulina. Actualmente, la diabetes se diferencia en Tipo I (insulinodependientes) y Tipo II (no insulinodependientes).

La DM II es la forma más frecuente de diabetes, al representar el 90-95% de los casos, soliendo debutar con un comienzo insidioso. Aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida, generalmente comienza después de los 40 años.

Las personas con diabetes experimentan distintos síntomas:

- ξ Orinar frecuentemente (inclusive de noche)
- ξ Piel seca

- ξ Picazón en la piel
- ξ Heridas que sanan lentamente
- ξ Visión borrosa
- ξ Estar siempre con hambre
- ξ Sentirse cansado y débil
- ξ Pérdida de peso
- ξ Tener mucha sed
- ξ Infecciones de la piel
- ξ Tener los pies como dormidos o tener la sensación de estar "pisando agujas"

El riesgo de desarrollar este tipo de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Resulta más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en sujetos con hipertensión o dislipemia.

En la Tabla 2 se presentan las principales características diferenciales entre la DM1 y la DM2.

<b>TABLA 2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE DM1 Y DM2</b>		
	<b>DIABETES MELLITUS 1</b>	<b>DIABETES MELLITUS 2</b>
<b>Sexo</b>	Igual proporción de hombres y mujeres afectados	Mayor proporción de mujeres afectadas
<b>Edad en la que se realiza el diagnóstico</b>	< 30 años	> 40 años
<b>Forma de presentación</b>	Brusca	Solapada
<b>Peso</b>	No hay manifestaciones de obesidad	Obesidad frecuente (80%)
<b>Existencia de Períodos de Remisión</b>	Ocasionales	Infrecuentes
<b>Propensión a la aparición de Cetosis</b>	Sí	No. Susceptible a la aparición de coma hiperosmolar
<b>Tratamiento con Insulina</b>	Casi siempre indispensable*	Inicialmente no se precisa; si bien, puede ser necesario para mejorar el control metabólico
<b>Presencia de Insulinitis: inicial</b>	50-75%	No
<b>Existencia de otras endocrinopatías asociadas:</b>	Sí	No
<b>Niveles de Insulinemia</b>	Por debajo de lo normal	Variables, aunque existe un déficit relativo de insulina

Las actividades de educación para la salud y adecuada adherencia al tratamiento constituyen un aspecto esencial dentro del abordaje terapéutico del paciente con DM. De manera que será difícil que el paciente siga las recomendaciones sobre la dieta, actividad física y uso de la medicación, sin que reciba una información adecuada sobre la importancia de estos aspectos y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad.

La DM es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento complejo en el que debe intervenir activamente el paciente. Desde su diagnóstico, el diabético deberá realizar una serie de medidas de autocuidado que incluyen desde el análisis y control de la glucemia y el consiguiente ajuste de la dieta y/o del tratamiento farmacológico, al manejo de técnicas de autoinyección y otros cuidados.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que, con frecuencia, el mal control metabólico de la DM se debe a errores en la medicación, mala interpretación de los resultados de los autoanálisis y la ignorancia sobre la enfermedad.

En este sentido, y cada vez más, el manejo de la DM está en manos del propio paciente, actuando los profesionales sanitarios como asesores y colaboradores de éste. La educación para la salud pretende mejorar la autonomía del paciente, preparándole para tomar sus propias decisiones y ayudándole a fijarse metas realistas para el tratamiento de su enfermedad.

La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser altamente efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, cuando se comienza tratamiento con insulina y en períodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente.

En el tratamiento de la DM, la dieta constituye la base fundamental sobre la que se ajusta cualquier otra medida complementaria del tratamiento. En numerosas ocasiones, constituye la única terapia necesaria. Sin embargo, conseguir la adherencia del paciente al plan alimenticio constituye uno de los principales retos dentro del tratamiento de la DM, por lo que dicho plan debe establecer de manera individualizada de acuerdo con el estilo de vida del paciente y los objetivos del tratamiento, para lo que deberán tenerse en cuenta aspectos culturales y/o económicos y otros factores propios de los hábitos de vida del paciente.

Debido al incremento de pacientes con diabetes, una de las tareas más importantes de los psicólogos profesionales de la salud consiste en orientar de forma objetiva a pacientes crónico-degenerativos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan seguir en el curso de su enfermedad y proporcionar metas razonables a las cuales poder dirigirse (Beneit, 1994).

Los cambios en el estilo de vida resultan complicados para la mayoría de las personas, pero más para las personas con enfermedades crónicas, ya que los cambios involucran aprender nuevas conductas y modificar varios hábitos a la vez, los cuales deben ser mantenidos a lo largo de la vida y generalizados a varios contextos y situaciones. La facilidad con la que ocurren tales cambios depende de las creencias de eficacia que tienen las personas sobre sí mismas y sus expectativas de resultados (Rapley, Fruin y Donna, 1999).

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento, no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas, aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social (Bandura, 1986).

De acuerdo con Bandura (1986) la autoeficacia 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" (p. 81). La autoeficacia, como logro, requiere no sólo poseer ciertas habilidades sino, tener la creencia de que se ejecutarán correctamente.

Maddux (1995) menciona que muchos de los hábitos del estilo de vida que dañan la salud son parte de una influencia instigadora en la vida diaria, estos hábitos están arraigados en las relaciones interpersonales y forman parte de patrones organizados en las actividades diarias que no son fáciles de romper.

El mantenimiento de los cambios de hábitos fortalece las capacidades de autorregulación y el valor funcional de la conducta, las experiencias en el ejercicio de control sobre algunas situaciones problema sirven como constructores de eficacia. Si las personas no están muy convencidas de su eficacia personal, minimizan sus esfuerzos en situaciones difíciles y abandonan rápidamente las estrategias que habían aprendido cuando sufrieron algunos reveses en conseguir resultados positivos de manera inmediata (Maddux, 1995).

Por otro lado, la autoeficacia percibida es un importante predictor acerca de lo bien que se adhieren las personas a las conductas que los capacitan para manejar su propia salud (Maddux, 1995). En el campo de la salud, la autoeficacia percibida puede afectar la adherencia a las prescripciones médicas, la cantidad de tiempo que el paciente invierte en el aprendizaje y/o ejecución de una determinada conducta, y la persistencia del enfermo en realizar la conducta adquirida cuando se enfrenta a situaciones difíciles o conflictivas (Macia y Méndez, 1996).

Macia y Méndez (1996), mencionan que las principales estrategias para incrementar la autoeficacia son: hacer uso de la persuasión verbal para que las personas se decidan a tomar pequeños riesgos y dejar que algo distinto suceda, aprender de manera vicaria, imaginando la propia experiencia o la de otros, disminuyendo la activación fisiológica al estrés y controlando los estados emocionales (p. e. con entrenamiento en relajación, biofeedback, meditación, hipnosis, farmacoterapia) o con experiencias guiadas.

En un artículo mencionan el desarrollo y validación de una escala para medir niveles de autoeficacia en pacientes con diabetes tipo 2. La autoeficacia es descrita como la creencia de las personas en sus propias capacidades para organizar y ejecutar el curso de acción requerido para enfrentar situaciones prospectivas (Van der Bijl, Van Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999).

Esta escala de autoeficacia fué desarrollada con base en las actividades de autocuidado que estos pacientes desarrollan para manejar su enfermedad. Se establecieron las siguientes propiedades psicométricas del instrumento: validez de contenido, validez de constructo, consistencia interna y estabilidad. La escala original contenía 42 ítems. Cinco expertos en diabetes y cuatro expertos en autoeficacia evaluaron la escala en dos ocasiones para buscar relevancia y claridad. Este procedimiento de validez de contenido resultó en una escala de 20 ítems. Posteriormente fué aplicada a un grupo de pacientes con diabetes tipo 2 y se hicieron pruebas estadísticas con las 94 posibles respuestas (Van der Bijl, Van Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999).

Se realizó análisis factorial identificando cuatro factores, todos ellos relacionados con actividades de autocuidado utilizadas para manejar la enfermedad. La consistencia interna de la escala total fue de  $\alpha = 0.81$  y la confiabilidad test retest con un intervalo de cinco semanas fue de  $r = 0.79$  ( $p > 0.001$ ) (Van der Bijl, Van Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999).

En otro estudio refieren que la diabetes tipo 2 está incrementando su incidencia entre jóvenes, siendo ya de alto riesgo en este grupo de edad. Este estudio preliminar evaluó la fiabilidad de un programa escolar para prevenir diabetes tipo 2 en poblaciones jóvenes de alto riesgo. 41 participantes (edad 12.6 ±1.1 años; 63% mujeres, 51% negros afro americanos, 44% hispanicos y 5% blancos) fueron asignados al azar a uno de dos grupos. Ambos grupos (control y experimental) recibieron educación nutricional y entrenamiento en ejercicio. El grupo experimental recibió además entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Se hicieron mediciones de índice de masa corporal (BMI), resistencia a la insulina, ingesta de alimentos, autoeficacia (cuestionario de conductas de salud), actividad (inventario de actividad de Godin-Shepard revisado) y conductas promotoras de la salud por parte de los padres (health promoting lifestyle profile III). En la línea base el BMI estuvo en un rango de 27 a 53 (M=36.2 ±6.0) y 95% (n=39) demostraron resistencia a la insulina o prediabetes en una prueba oral de tolerancia a la glucosa. Después de 12 meses, el grupo experimental mostró una tendencia a mejorar las elecciones de alimentos (p=0.1) y a incrementar su conocimiento sobre la dieta (p=0.3) (Grey, Berry, Davidson, Galasso, Gustafson & Melkus, 2004).

También mostraron decremento de los niveles de glucosa (p=0.07) y de los niveles de insulina (p=0.2). Los padres del grupo experimental mostraron mayor responsabilidad hacia la salud (p=0.03), elección nutricional mas saludable (p=0.05) mejoraron sus habilidades en el manejo del estrés (p=0.05) incrementaron su actividad (p=0.2) e incrementaron la espiritualidad (p=0.2) (Grey, Berry, Davidson, Galasso, Gustafson & Melkus, 2004).

Los datos sugieren que un programa escolar diseñado para un grupo multiétnico es exitoso para ayudar a los jóvenes a incrementar su actividad física, mejorar su estado nutricional y estabilizar el metabolismo de la glucosa y la insulina y además es efectivo en cambiar la conducta de los padres hacia comportamientos a favor de la salud (Grey, Berry, Davidson, Galasso, Gustafson & Melkus, 2004).

En este artículo la sensación de control frecuentemente se encuentra relacionada con la salud. Se probó un modelo de creencias de control, conductas de manejo de enfermedad e indicadores de salud en una muestra de 74 latinoamericanos y 115 euroamericanos con diabetes tipo 2. Se realizaron dos mediciones de creencias de control, una específica para la diabetes (autoeficacia a la diabetes) y una global donde se examinaron los efectos en conductas de manejo de la enfermedad (dieta y ejercicio) y en salud (hemoglobina glucosilada y salud general) (Mckean Skaff, Mullan, Fisher, & Chesla, 2003).

Los resultados indican que la relación entre control y conductas de manejo de la enfermedad variaron por la medición de control y por el grupo. Para los participantes latinos, la medida global se relacionó con conductas de manejo mientras que la autoeficacia se relacionó con tales conductas entre los euroamericanos. La relación entre control y salud no pareció ser mediada por conductas de manejo. Este estudio ofrece soporte para una diversidad de aproximaciones al control, conducta y salud (Mckean Skaff, Mullan, Fisher, & Chesla, 2003).

En un estudio se examinó la relación entre la discrepancia en las percepciones crónicas de los pacientes respecto de la importancia y el esfuerzo realizado para alcanzar las metas relacionadas con la enfermedad, su calidad de vida y el bienestar psicológico. También fueron examinadas las creencias de autoeficacia ya sea que moderaran o mediaran la relación entre discrepancia de metas y calidad de vida y bienestar subjetivo. La muestra incluyó pacientes con asma, diabetes e insuficiencia cardiaca (Kuijjer & De Ridder, 2003).

Se encontró que la mayor discrepancia en importancia de las metas y esfuerzo realizado para alcanzarla se relacionó generalmente con bajos niveles de calidad de vida y bienestar psicológico. La autoeficacia para alcanzar las metas deseadas es la que media esta relación. No se pudo sostener la hipótesis de moderación (Kuijjer & De Ridder, 2003).

En una muestra de diabéticos adultos (N=94) que completaron un cuestionario que contenía mediciones de autoeficacia a la diabetes, expectativas de salida, soporte social autocuidado de la diabetes. La autoeficacia estuvo asociada consistentemente con el autocuidado en las áreas de dieta, ejercicio y medición de la glucosa sanguínea. Las expectativas de salida se correlacionaron con ejercicio y con la medición de la glucosa sanguínea. La relación entre autoeficacia y medición de la glucosa sanguínea fue moderada por las expectativas de salida ya que la autoeficacia tuvo un efecto mayor cuando estaba combinada con fuertes creencias en las expectativas de salida (Williams, & Bond, 2002).

Con bajos niveles de autoeficacia, las fuertes creencias de expectativa de salida se asociaban con pobre autocuidado. El soporte social se asoció con ejercicio, autocuidado y seguimiento de dieta. Las interacciones familiares positivas se asociaron con una mejor adherencia a la dieta. La relación entre soporte social y autocuidado del ejercicio estaba mediada por la autoeficacia. Cuando los efectos de la autoeficacia fueron controlados, el soporte social no era un predictor significativo de autocuidado. Los resultados de este estudio sugieren que los programas diseñados para incrementar la confianza en las habilidades de autocuidado probablemente son efectivas. Sin embargo, no se puede realizar un comentario definitivo con estos resultados. Es igualmente posible que una historia de pacientes que han desarrollado un autocuidado exitoso de su diabetes les de confianza en sus habilidades de autocuidado. La historia de causalidad es materia de otra investigación (Williams, & Bond, 2002).

Howells (2002), refiere que un conocimiento adecuado de la diabetes dependiendo de la edad del paciente y el desarrollo de habilidades para el cuidado de la enfermedad son esenciales para un autocuidado exitoso del de la diabetes y para el cuidado del diabético por parte de sus padres. Los profesionales de la salud juegan un papel central en proveer educación en diabetes. Un vínculo directo entre conocimiento de la diabetes y el comportamiento ante el régimen para la diabetes no puede asumirse que se dará automáticamente de entrada. Los profesionales de la salud tienen que ayudar a los niños y a sus padres a desarrollar el concepto emocional de autoeficacia para el autocuidado de la diabetes con el propósito de asegurar el óptimo control de la diabetes.

En este estudio los autores mencionan algunos conceptos referentes a la autoeficacia: general, dominio, específica y presenta ejemplos de cambios conductuales relacionados con el manejo de enfermedades como diabetes mellitus y artritis reumatoide. En este artículo, *régimen específico o conducta de tarea específica* se refiere a las múltiples tareas que la persona emite para manejar su enfermedad crónica. Confundiendo el asunto de eficacia percibida (general, de dominio o específica) está el hecho de que el estar de acuerdo con todos los aspectos de un régimen de autocuidado no necesariamente redundará en el control metabólico para la persona con diabetes mellitus tipo 1 ni en la pérdida de peso para la persona con diabetes mellitus tipo 2 o para el control del dolor en la persona con artritis reumatoide (Rapley & Fruinn, 1999).

De acuerdo a las investigaciones revisadas existen evidencias de que la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de régimen de dieta y de conductas saludables se han evaluado mediante indicadores fisiológicos: niveles de glucosa, sodio, potasio, hemoglobina glucosilada, etc., que se correlacionan con el auto reporte del sujeto y con la observación de personas cercanas a éste, además se observa que existen instrumentos en la literatura internacional que evalúan la autoeficacia, enfocada a programas de ejercicio, adherencia a diversos tratamientos en enfermedades crónicas, apoyo social, para diferenciarlos de otros conceptos y en el autocuidado.

Sin embargo no se encontraron programas de intervención que evaluaran autoeficacia percibida en población mexicana o al menos latina, por esto es importante diseñar y aplicar programas de intervención cognoscitivo-conductuales que incrementen la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas (Glaros & Janelle, 2001; KyngÅs, 2000; Leone & Burns, 2000; Ott, Greening, Palardy, Holderby & DeBell, 2000; Thompson, Auslander, & White, 2001; Wilson & Ampey-Thornhill, 2001).

*Pregunta de investigación.*

¿La aplicación de un programa de tratamiento cognoscitivo-conductual incrementa la autoeficacia percibida del paciente diabético tipo II?

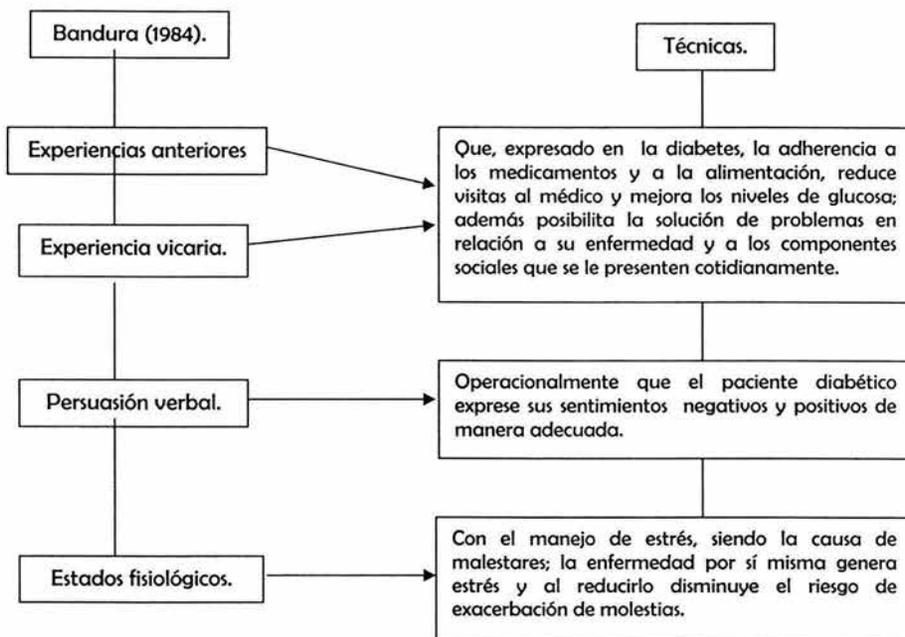
*Justificación.*

El estilo de vida de las personas (sus conductas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades) puede ser generador de enfermedades como el cáncer, la hipertensión y la diabetes por citar algunas. Hammod y Scheirer (1984) afirmaron que el estilo de vida es el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo II.

Dicha promoción de la salud en el paciente diabético implica el seguimiento de un régimen, que incluye tanto cantidad como tiempo requerido de las acciones indicadas; estos atributos son esenciales para garantizar la eficacia del tratamiento, donde se fortalece la motivación al cambio conductual.

En este sentido, las variables que pueden afectar en mayor grado al cumplimiento son las actitudes y creencias del paciente, cuando el paciente realmente cree que el seguimiento adecuado de la terapia incidirá sobre una mejora de su salud, cumple con las instrucciones. En relación con este aspecto, también aumenta el cumplimiento el hecho de que los pacientes asuman que ellos son los responsables de sus actos y que éstos pueden repercutir en una mejora de su salud y el nivel de autoeficacia percibida (DiNicola y DiMatteo, 1984).

De acuerdo con Bandura (1986), las creencias que las personas sostienen acerca de su autoeficacia son el producto de la interacción de cuatro fuentes principales: experiencias anteriores, experiencia vicaria, persuasión verbal y estados fisiológicos, éstas podrían operacionalizarse de la siguiente manera:



De modo que la intervención conjunta puede decrementar la morbilidad y la mortalidad, ya que en estadísticas recientes (Secretaría de Salud, 2001) se muestra que la diabetes ocupa el primer lugar de causas de mortalidad en nuestro país, por lo tanto, es importante que de una manera sistemática se proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida.

Por lo anterior, un programa cognoscitivo-conductual para personas con diabetes mellitus tipo II, a través de intervenciones individuales y breves favorecerá las relaciones interpersonales, mejorará la comunicación, tanto en la familia y el cuerpo médico, finalmente disminuirá conductas de riesgo y aumentará el bienestar de los pacientes.

*Objetivo general.*

- ⑨ Diseñar y aplicar un programa de tratamiento cognoscitivo-conductual para incrementar la autoeficacia percibida del paciente diabético tipo II.

*Objetivos específicos.*

- ⑨ Entrenar a los participantes en el manejo asertivo a través de habilidades sociales en relación a su enfermedad.
- ⑨ Entrenar al paciente en solución de problemas para el manejo de su tratamiento médico, en la búsqueda del apoyo familiar y conductas alimentarias.
- ⑨ Favorecer la adherencia terapéutica para el cumplimiento del régimen alimenticio y de los medicamentos.
- ⑨ Promover el manejo de estrés con técnicas de relajación y respiración.

*Hipótesis.**Hipótesis de trabajo:*

Un programa de tratamiento cognoscitivo-conductual, incrementará la autoeficacia percibida del paciente diabético tipo II.

*Variables.*

VI: Programa de tratamiento cognoscitivo-conductual compuesto de solución de problemas, asertividad, manejo de estrés y adherencia terapéutica.

VD: Autoeficacia.

*Método.***Sujetos.**

Seis hombres y mujeres diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, donde se excluirán a las personas que no sean diabéticos, que estén diagnosticados con diabetes mellitus tipo I (insulinodependientes), que tengan diagnóstico psiquiátrico, neurológico y/u otros diagnósticos concomitantes que no sean producto de la diabetes.

Se eliminarán a aquellos que dejen de acudir a tres citas sin previa cancelación.

*Diseño.*

N=1 replicativo, A-B-A.

Adicionalmente, se realizarán mediciones trasversales previas a la obtención de la Línea Base y al final del programa. Las mediciones repetidas serán a través del registro diario de la autoeficacia percibida para el régimen alimenticio, además de los niveles de glucosa.

**Materiales e Instrumentos.***Materiales.*

- ④ Trípticos sobre adherencia terapéutica, solución de problemas, asertividad, autoeficacia y estrés en pacientes diabéticos (ver Anexo 2).
- ④ Folletos sobre adherencia, solución de problemas, asertividad, estrés y de autoeficacia en pacientes diabéticos (ver Anexo 3).

*Registros.*

- ⊗ Registro de relajación.
- ⊗ Registro solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1993).
- ⊗ Registro de medicamentos.

*Instrumentos.*

- ⊗ Inventario de ansiedad de Beck (Jurado, Páez, Robles y Varela, 1998).
- ⊗ Inventario de asertividad de Gambrill y Richey (Guerra, 1996).

*Listas de chequeo.*

- ⊗ Inventario de estrés (Reynoso y Seligson, 2002).
- ⊗ Cuestionario de lista de problemas (Reynoso y Seligson, 2002).

*Aparatos.*

- ξ Baumanometro.
- ξ Termómetro.
- ξ Medidor de glucosa y tiras reveladoras.

*Procedimiento.*

1. Se convocará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. A cada uno de ellos se les proporcionarán los trípticos a modo de introducción sobre el programa para personas con diabetes mellitus tipo II.
2. El programa incluirá seis sesiones una vez a la semana de 1 hr., cada una.

3. A cada paciente se le dará una breve explicación del contenido del programa y del número de sesiones que durará, recalcando lo importante que será cumplir con el total de las sesiones.
4. Se establecerán las fechas y horarios en las que se aplicará el programa, acorde a los tiempos de la institución y del paciente.
5. Se hará una evaluación de los resultados obtenidos del programa de tratamiento cognoscitivo-conductual para pacientes con diabetes mellitus tipo II.

A continuación se explicarán los temas que cubrirán cada sesión.

*Primera sesión:* Se les dará la bienvenida formal haciendo la presentación por parte del terapeuta, seguido de una breve explicación de lo que será el programa para personas con Diabetes Mellitus tipo II, se les aplicará los instrumentos de evaluación, se les proporcionará los trípticos y el folleto de autoeficacia, este último como introducción de lo que será la segunda sesión.

Objetivos:

- ④ Lograr establecer componentes de relación con el paciente.
- ④ Obtener mediciones a través de los instrumentos de evaluación, así como de la historia clínica del paciente.
- ④ Conocer la información que tiene el paciente sobre su enfermedad.

*Segunda sesión:*

*Autoeficacia (Bandura, 1986)*

En esta sesión se revisará la información que contiene el folleto de autoeficacia, complementando su contenido, en relación con su enfermedad.

Objetivos:

- Ⓢ Conocer cómo el paciente percibe su autoeficacia frente a su enfermedad.
- Ⓢ Ayudar al paciente a reconocer que factores sociales y personales determinan su autoeficacia respecto a su enfermedad.

*Tercera sesión:*

*Asertividad (Cotler y Guerra, 1995)*

En esta sesión se revisará la información que contiene el folleto de asertividad, complementando el contenido con más información sobre el tema, en relación con su enfermedad.

Objetivos:

- Ⓢ Proporcionar habilidades asertivas en relación a su enfermedad.
- Ⓢ Incluir la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos de manera adecuada.

*Cuarta sesión:*

Solución De Problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1993).

En esta sesión se aplicará el Cuestionario de lista de problemas (Reynoso y Seligson, 2002), además se establecerá un problema proporcionado por el paciente, se revisará la información del folleto de solución de problemas y se complementará el contenido con más información sobre el tema en relación con su enfermedad.

Objetivo:

- ⑨ Que el paciente sea capaz de resolver de manera adecuada los problemas que se le presenten.

*Quinta sesión:*

Adherencia Terapéutica (Meichenbaum y Turk, 1987).

En esta sesión, se revisarán el registro de medicamentos, además de la información del folleto de adherencia terapéutica y se complementará el contenido con más información sobre el tema, en relación con su enfermedad.

Objetivo:

- ⑨ Que el paciente conozca la importancia de la adherencia a los medicamentos y la alimentación.

*Sexta sesión:*

Manejo de Estrés (Lazarus, 1984).

En esta sesión, se revisará la información del folleto de manejo de estrés, explicando en qué consisten las técnicas de relajación, cuántas y cuáles existen, y qué relación tienen con su enfermedad; Se asignará el auto registro de relajación, tomando la presión arterial y la temperatura como registro concomitante, de acuerdo a lo reportado en la lista de chequeo se le aplicarán dos técnicas de relajación.

Objetivo:

- ⊗ Que el paciente maneje el estrés en relación con su enfermedad a través de las técnicas de relajación.

*Séptima sesión:*

Evaluación Final.

En esta sesión se aplicarán los instrumentos de evaluación, se aplicarán las mediciones transversales.

Objetivo:

- ⊗ Obtener medidas de comparación validas y confiables a través de los instrumentos de evaluación.
- ⊗ Obtener información a través de las listas de chequeo y de los registros.

*COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS DURANTE LOS 2 AÑOS DE  
RESIDENCIA*

Respecto a los pacientes:

- ξ Diseñar, aplicar y evaluar programas de intervención para resolver problemas cognoscitivos-conductuales relacionados con la salud.
- ξ Generar instrumentos de medición de acuerdo a las características de la población.
- ξ Selección y aplicación de programas de intervención dirigidos a la salud.
- ξ Entrenamiento a pacientes para promover la búsqueda activa de información.
- ξ Aplicación de los principios de la bioética en el ámbito institucional.
- ξ Mejoramiento en las habilidades para el desarrollo de la entrevista clínica.
- ξ Diseño de materiales psicoeducativos a nivel preventivo y de rehabilitación.
- ξ Estar dispuesto a defender al paciente, a través de la observación y seguimiento de los componentes de la relación terapéutica.
- ξ Integración de los conocimientos teóricos con las actividades desarrolladas en el ámbito hospitalario, tanto en forma verbal como escrita.

Respecto a los profesionales:

- ξ Ser concreto, práctico y breve en la información.
- ξ Aceptar los límites propios del conocimiento.
- ξ Reforzar la autoestima de los otros profesionales.
- ξ Respeto y tolerancia hacia otros enfoques y disciplinas.
- ξ Mostrar una actitud responsable en el ejercicio del quehacer profesional.
- ξ Capacidad de trabajar interdisciplinariamente.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a las actividades expuestas en el reporte, los objetivos teórico-prácticos fueron alcanzados y enriquecidos durante la práctica diaria en la interacción con los pacientes y el personal médico. Los servicios a los que estuve adscrita favorecieron la actualización continua, así como el apego a las reglas jerárquicas institucionales, defendiendo éticamente el quehacer del psicólogo, principalmente a través del trabajo y los resultados obtenidos, en beneficio del paciente.

Además la práctica diaria, logra en los residentes no solo conocer las problemáticas existentes en el área de la salud sino que fomenta la apertura de nuevas líneas de investigación para dar solución a la mayoría, con lo cual se intenta cimentar desde el principio de la maestría.

Es importante reconocer el intercambio de información con los residentes de nuevo ingreso, respecto a los alcances y limitaciones en el servicio, además de fomentar la adquisición del conocimiento de los principales conceptos involucrados en los diversos padecimientos, para enriquecer la práctica logrando continuidad y mejoría de la intervención psicológica en el servicio.

Desde la perspectiva académica, ser representante de los alumnos de maestría me dio la oportunidad de involucrarme con los tutores y alumnos del posgrado en general, reconociendo en todos la importancia de la supervisión de la tutoría, de las evaluaciones individuales y grupales, retroalimentando al interior de la maestría para enriquecer la especialidad en Medicina Conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcázar, R., y Rojano, L. (2000). Entrevista psicológica estructurada y consentimiento informado calificado: receptores y donadores de trasplante renal. Manuscrito presentado para su publicación.

American Psychological Association. (1998). Practicing psychology in hospitals and other health care facilities. Washington: APA.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. New York, EE.UU.: Prentice-Hall.

Barbero, G. (2003). Psicología y bioética: un diálogo necesario en el ámbito hospitalario, en E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds). El psicólogo en el ámbito hospitalario (pp. 179-205). Bilbao, España : Desclée de Brouwer.

Bayés, R. (1985). Psicología oncológica prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer. Madrid: Martínez Roca.

Beneit, J. (1994). Aspectos psicológicos de la diabetes, en J. Latorre y Beneit, J. (Eds.). Psicología de la salud. 2ª edición. Buenos Aires: Lumen.



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

DiNicola, D. & DiMatteo, M. (1984). Practitioners, patients, and compliance with medical regimens: A social psychological perspective. En: Baum, S., Taylor, R. y Singer, J. (Eds.): Handbook of psychology and health: Vol. 4. Social psychological aspects of health. New York: Erlbaum.

Dolor y Fibromialgia. Aspectos Psíquicos, (2001), recuperado el 29 de junio de <http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/psiquiatria/fibroalergia-7jul.htm>.

D'Zurilla, T.(1993). Terapia de Resolución de Conflictos, competencia social, un Nuevo enfoque en la intervención clínica. España: Editorial Desclee de Brouwer.

Fibromialgia: Aspectos Psicológicos, (2002), recuperado el 29 de junio de 2004 de <http://www.gabinetedepsicologia.com/ARTICULOS/fibromialgia.htm>

Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación, (2001), recuperado el 29 de junio de 2004 de <http://www.fmpartnership.org/MonogSpanish.htm>.

Glaros, N. & Janelle, C. (2001). Varying the mode of cardiovascular exercise to increase adherence [Versión Electrónica], *Journal of Sport Behavioral*, 44, 42-61.

Godoy, J. (1991). Medicina Conductual, en V. Caballo (Comp.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp.871-890). Madrid, España: Siglo XXI.

Grey, M., Berry, D., Davidson, M., Galasso, P., Gustafson, E., Melkus, G. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. [Versión Electrónica], *Journal of School Health*, 74, 10-15.

- Guerra; R. (1996). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrell y Richey para la población de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.
- Guía de Aspectos Psicológicos en Fibromialgia, (2001), recuperado el 29 de junio de 2004 de <http://www.afibrom.org/Gu%EDaAspectosPsicol%F3gicos.html>.
- Howells, L.A.L. (2002). Self-Efficacy and Diabetes: Why Is Emotional 'Education' Important and How Can It Be Achieved? [Versión Electrónica], *Hormone Research*, 57, 69–71.
- Información sobre la insuficiencia Renal Crónico Terminal, recuperado el 30 de julio de 2003 de <http://www.inforenal.com/mexico/index.htm>.
- Jurado, S., Robles, Páez, F. y Varela, R. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18,1,211-218.
- Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J. (2000). *Psychiatry: Behavioral science and clinical essential*. Pennsylvania: W.B. Saunders Co.
- Kuijjer, R.G. and De Ridder, D. T.D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. [Versión Electrónica], *Psychology and Health* 18, 313–330.
- KyngÅs, H. (2000). Compliance of Adolescents with Chronic Disease. [Versión Electrónica], *Journal of Clinical Nursing*, 9, 4, 549-557.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

- Leone, C. & Burns, J. (2000) The measurement of locus of control: assessing more than meets the eyes. [Versión Electrónica], *Journal of Psychology*, 134, 63-77
- Lundstrom, R., Mordes, J. & Rossini, A. (1998). ¿Qué es la diabetes?. Documento recuperado el 20 de enero de 2004 de <http://manualguiaparaladiabetes¿quéesladiabetes.htm>.
- Maciá, D. y Méndez, J. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento, en G., Buela-Casal, V., Caballo y J., Sierra (Eds.). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (pp.43-59). Madrid, España: Siglo XXI.
- Maddux, E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment: basic principles and issues, en E. Maddux (Ed.). Self-efficacy and adjustment. Theory, research and application (pp. 37-68). New York, EE.UU.: Plenum Press.
- Martínez, S. (2003, abril). Fibromialgia. Documento presentado en el Simposio de Clínica del dolor. Distrito Federal: México.
- Mckean Skaff, M., Mullan, J.T., Fisher, L. and Chesla, C.A. (2003). A contextual model of control beliefs, behavior, and health: latino and european americans with type 2 diabetes. [Versión Electrónica], *Psychology and Health*, 18, 295-312.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum Press.
- Nájera, A., Ordaz, M., Villarruel, B., y Villegas, C. (2002, noviembre). Escala de auto-eficacia percibida en el cumplimiento del régimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativos. Documento presentado en el Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, Cd. De México, México.

- Nicasio, P. y Smith, T. (1996). *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective*. Washington: APA.
- Ott, J., Greening, L., Palardy, N., Holderby, A. & DeBell, W.(2000). Self-efficacy as a Mediator Variable for Adolescents`Adherence to Treatment for Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. [Versión Electrónica], *Children's Health Care*, 29, 1, 47-63.
- Rapley, P., Fruin, A. & Donna, J. (1999) Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition on general and régimen specific efficacy. [Versión Electrónica], *International Journal Of Nursing Practice*, 5, 4, 209-219.
- Registro Nacional de Trasplantes, Documento recuperado de 4 de enero de 2004 de <http://www.rnt.gob.mx/modules.php?name=donacion>.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología Clínica de la Salud*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: IMSS, CENATRA, SSA, ISSSTE.
- Secretaría de Salud (2001). *Causas de mortalidad*. Documento recuperado el 20 de enero de 2004 de <http://www.ssa.gob.mx>.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

- Thompson, S., Auslander, W., & White, N. (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. [Versión Electrónica], *Health and Social Work*, 26, 7-8.
- Van der Bijl, J., Van Poelgeest-Eeltink, A., Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. [Versión Electrónica], *Journal of Advanced Nursing*, 30, 2, 352-358.
- Vidal, E. (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.395-419). Bilbao, España : Desclée de Brouwer.
- Villarruel, B. (2004). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría no publicada, UNAM Facultad de Psicología, Distrito Federal: México.
- Wilson, D. & Ampey-Thornhill, M. (2001). The role of gender and family support on dietary compliance in an african american adolescent hypertension prevention study. *Annals Behavioral Medicine*, 23, 59-67.
- Williams K. E. & Bond M. J. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. [Versión Electrónica], *Psychology, health & medicine*, 7, 127-141.
- World Health Organization (2001). Indicadores básicos de salud. Documento recuperado el 13 de abril de 2004 de <http://who.int>.
- World Health Organization. The World Health Report. (2002). Conquering suffering enriching humanity. Report of the Director-General. Documento recuperado el 13 de abril de 2004 de <http://who.int>.

# Anexo I

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

*Por: Nájera, P.A; Ordaz, C.M; Villegas P.G y Villarruel, R.B*

Edad:	_____
Sexo:	(M) _____ (F) _____
Edo. Civil:	_____
Ocupación:	_____
¿Qué enfermedad o enfermedades 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 mas 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:*

	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 marcara 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 Canderel				
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				
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				

	Siempre puedo hacerlo	A veces puedo hacerlo	Casi nunca puedo hacerlo	Nunca puedo hacerlo
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				
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 2

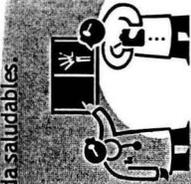
Las experiencias vicariantes (el aprendizaje por observación, modelamiento o imitación) influyen en las expectativas de autoeficacia de los sujetos cuando éstos observan la conducta de otros, ven lo que son capaces de hacer, notan las consecuencias de su conducta, y luego usan esta información para formar sus propias expectativas acerca de su propia conducta y sus consecuencias.



Otra fuente de autoeficacia se refiere a la persuasión verbal (persuasión social). Es decir, el sujeto crea y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que le dicen los demás. La retroalimentación positiva ("Tú puedes hacerlo", "Confío en que lo lograrás")



Saber que podemos hacer las cosas, que si logramos las metas logrando modificar nuestros estilos de vida, logrará que nuestras creencias y las ganas de modificarlo se vuelven una realidad, adoptando estilos de vida saludables.



# PROGRAMA PARA PERSONAS CON DIABETES

## AUTOEFICACIA

Centro de Servicios  
Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"

Sótano del edificio "D" de  
Posgrado

Facultad de Psicología

UNAM

APRENDE A  
VIVIR CON DIABETES

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo



4. Toma de decisiones

mejor con el nutriólogo será la mejor alternativa!!!



5. Puesta en practica de la decisión tomada y verificación de los resultados (No cabe duda esta dieta si em funcional)



Recuerda que no necesitas seguir los pasos uno por uno, también se pueden saltar o iniciar por el que más convenga.



# PROGRAMA PARA PERSONAS CON DIABETES

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Centro de Servicios Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"

Sótano del edificio "D" de Posgrado

Facultad de Psicología

UNAM

El aprender a aplicar esta técnica de manera cotidiana ayuda a dar respuestas mas acertadas o soluciones mas prácticas, que si tan sólo dejamos que la situación que nos está generando problemas se resuelva por si sola, ser una parte activa en nuestro tratamiento o con la familia hace que nuestros estilos de vida sean aún más saludables.



APRENDE A VIVIR CON DIABETES

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
Psic. Maetzlin Itzel Ordaz Carrillo

¿Qué es la diabetes?

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aumenta los niveles de glucosa en sangre; existen dos tipos de diabéticos los insulino dependientes (Diabetes tipo 1) y los no insulino dependientes (Diabetes tipo 2).



Si no acudimos al médico, ni seguimos dieta, ni tomamos medicamentos, el azúcar sigue subiendo dentro del organismo, así que: "sabes que esta pero te comportas como si no la tuvieras"



Sabemos que existen situaciones de riesgo como:

- Escasa información sobre lo que nos sucede.
- Creencias que no son verdaderas.
- Actitudes negativas.
- Poco apoyo familiar.



Es importante entonces: iniciar y continuar un programa de actividades para lograr un buen estilo de vida.



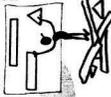
¿COMO SOLUCIONAR PROBLEMAS?

A veces se nos presentan alguna serie de problemas que no les encontramos ni pies ni cabeza, como si fueran una madeja que cada vez se hace más grande, sin embargo, seguir algunos pequeños pasos logrará descifrar los problemas cotidianos. Probemos con estos 5 pasos:

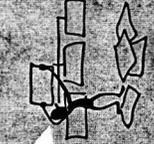
1. Orientación del problema  
Mis niveles de azúcar siempre estan altos.



2. Formulación y definición del problema  
Me cuesta trabajo mantener mis niveles de azúcar y puede ser por lo que como



3. Generación de alternativas  
Dejar de comer, usar sustitutos de azúcar, pedir cita con el nutriólogo, no comprar refrescos.



Tener a la diabetes bajo control no suena fácil, creemos que tenemos la información adecuada para ti y te daremos algunos trucos para mantener a la enfermedad estable.



Iniciar y mantener un tratamiento para mejorar tu estilo de vida dándote herramientas que ayuden a controlar la diabetes requiere de esfuerzo y decisión.



En esta batalla no estás solo, existen profesionales de la salud que te pueden ayudar para "APRENDER A VIVIR MEJOR CON LA DIABETES"



Muchas veces el problema es que no sabemos cómo decir las cosas correctamente, es decir, nos falla el comunicarnos con los demás, pero para esto existen habilidades de comunicación, donde se presta atención desde el lenguaje verbal como lo es:

el contacto físico; el saludo, la mirada, etc.



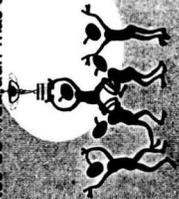
Hasta como iniciar conversaciones, como terminar conversaciones, como proponer temas o libre información, como cuando nos molesta la insistencia de alguien para comer cosas no adecuadas



Además, existen medidas de protección asertivas que nos hacen de una manera firme pero sin agresión, defender nuestros derechos y expresarnos adecuadamente.



Saber expresar nuestros sentimientos positivos y negativos de una manera adecuada sin violentar los derechos de los demás y sobre todo los nuestros mejorará nuestra relación con los demás fomentando estilos de vida aun mas saludables.



# PROGRAMA PARA PERSONAS CON DIABETES

## ASERTIVIDAD

Centro de Servicios Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"

Sótano del edificio "D" de Posgrado

Facultad de Psicología

UNAM

APRENDE A VIVIR CON DIABETES

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

¿Qué es la diabetes?

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aumenta los niveles de glucosa en sangre; existen dos tipos de diabéticos los insulinodependientes (Diabetes tipo 1) y los no insulinodependientes (Diabetes tipo 2).



Si no acudimos al médico, ni seguimos dieta, ni tomamos medicamentos, el azúcar sigue subiendo dentro del organismo, así que: "sabes que esta pero te comportas como si no la tuvieras"



Sabemos que existen situaciones de riesgo como:

- Escasa información sobre lo que nos sucede.
- Creencias que no son verdaderas.
- Actitudes negativas.
- Poco apoyo familiar.



Es importante entonces: **iniciar y continuar un programa de tratamiento, llevar a cabo conductas para lograr un buen estilo de vida.**



¿COMO DECIR "NO" SIN SENTIRTE CULPABLE?

Ser asertivo es la capacidad de expresarnos, poder decir NO sin sentirnos culpables, como cuando nos invitan algún dulce o alimento que no está permitido, esto es; rechazar peticiones, dar y recibir cumplidos.

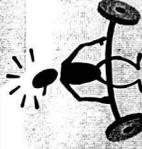


A veces la presión social, ¡vamos comete este pastel o a lo que estamos acostumbrados ¡siempre me he tomado un refresco en la comida!, no permite modificar con facilidad nuestra manera de comportarnos.

Darse la oportunidad de incluir conductas nuevas y apropiadas te llevara a sentir mejor contigo mismo



Tener a la diabetes bajo control no suena fácil, creemos que tenemos la información adecuada para ti y te daremos algunos trucos para mantener a la enfermedad estable.



Iniciar y mantener un tratamiento para mejorar tu estilo de vida dándote herramientas que ayuden a controlar la diabetes requiere de esfuerzo y decisión.



En ésta batalla no estás solo, existen profesionales de la salud que te pueden ayudar para "APRENDER A VIVIR MEJOR CON LA DIABETES"



Llevar consigo una libreta donde se escriba de manera diaria la comida, en que cantidad y características que se consumen, ayudará a identificar y planear de una manera más estructurada todo aquello que debemos y lo que no debemos comer.



Aportar los medicamentos y sus horarios hará que nuestras citas con el médico sean de mejor duración y directas para aclarar dudas y/o expresar cómo es que nos sentimos de manera más explícita.



Sentir que podemos aportar estructura y organización tratando de conocernos mejor a nosotros mismos, modificando nuestros estilos de vida convirtiéndolos en estilos más saludables.



# PROGRAMA PARA PERSONAS CON DIABETES

## ADHERENCIA

Centro de Servicios  
Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"

Sótano del edificio "D" de  
Posgrado

Facultad de Psicología

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

APRENDE A  
VIVIR CON DIABETES

## ¿Qué es la diabetes?

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aumenta los niveles de glucosa en sangre; existen dos tipos de diabéticos los insulino dependientes (Diabetes tipo 1) y los no insulino dependientes (Diabetes tipo 2).



Si no acudimos al médico, ni seguimos dieta, ni tomamos medicamentos, el azúcar sigue subiendo dentro del organismo, así que: "sabes que esta pero te comportas como si no la tuvieras".



Sabemos que existen situaciones de riesgo como:

- Escasa información sobre lo que nos sucede.
- Greencias que no son verdaderas.
- Actitudes negativas.
- Poco apoyo familiar.



Es importante entonces:

iniciar y continuar un programa de tratamiento, llevar a cabo conductas para lograr un buen estilo de vida.



Una evaluación personal sobre los avances que has logrado facilitará las modificaciones necesarias para ajustarte a las nuevas necesidades



Algunas tarjetas pegadas estratégicamente en el hogar o en el trabajo, te recordará las cosas positivas de adecuarte al tratamiento o para evitar conductas que destruyan tu plan.



Tener a la diabetes bajo control no suena fácil, creemos que tenemos la información adecuada para ti y te daremos algunos trucos para mantener a la enfermedad estable.



Iniciar y mantener un tratamiento para mejorar tu estilo de vida dándote herramientas que ayuden a controlar la diabetes requiere de esfuerzo y decisión.



En esta batalla no estás solo, existen profesionales de la salud que te pueden ayudar para "APRENDER A VIVIR MEJOR CON LA DIABETES"



# PROGRAMA PARA PERSONAS CON DIABETES

# ESTRES

APRENDE A VIVIR CON DIABETES

Una técnica de relajación son los ejercicios de respiración profunda:

Respira de manera normal, haciendo caso a tu manera de hacerlo, tratando de escuchar tus latidos de corazón.



Inhala despacio y profundamente a través de la nariz, metiendo el estómago todo el aire que puedas



Expulsa el aire despacio, y observa como tu cuerpo se va relajando tal como si fueras un globo al que le sueltas el aire



Repite los pasos del 1 al 3 unas cinco veces.



Controlar las reacciones de nuestro cuerpo y el estrés, hacen que los estilos de vida promuevan nuestra propia salud

Centro de Servicios Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"

Sótano del edificio "D" de Posgrado

Facultad de Psicología

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
Psic. Maetzlin Itzel Ordaz Carrillo

¿Qué es la diabetes?

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aumenta los niveles de glucosa en sangre; existen dos tipos de diabéticos los insulinodpendientes (Diabetes tipo 1) y los no insulinodpendientes (Diabetes tipo 2).



Si no acudimos al médico, ni seguimos dieta, ni tomamos medicamentos, el azúcar sigue subiendo dentro del organismo, así que "sabes que esta pero te comportas como si no la tuvieras".



Sabemos que existen situaciones de riesgo como:

- Escasa información sobre lo que nos sucede.
- Creencias que no son verdaderas.
- Actitudes negativas.
- Poco apoyo familiar.



Es importante entonces: Iniciar y continuar un programa de tratamiento, llevar a cabo conductas para lograr un buen estilo de vida.



¿COMO APRENDER A RELAJARTE?

Existen algunos síntomas que nos hacen pensar que estamos estresados, tales como: el corazón late muy rápido, la manos y los pies están fríos, sudan y tiemblan las manos y el cuerpo, dolores en algunas partes del cuerpo, tensión en alguna parte del cuerpo



Para esto se necesita observarnos o bien pedir ayuda a alguien, para que sea más fácil de detectar situaciones o acontecimientos importantes que nos hace llegar al estrés



Identificar estas situaciones de riesgo, pueden lograr sentir que nada se puede hacer, o que es imposible cambiar nuestra forma de vida y que nada será igual, en este caso aprender a relajarte será una buena herramienta para seguir adelante.



Tener a la diabetes bajo control no suena fácil, creemos que tenemos la información adecuada para ti y te daremos algunos trucos para mantener a la enfermedad estable.



Iniciar y mantener un tratamiento para mejorar tu estilo de vida dándote herramientas que ayuden a controlar la diabetes requiere de esfuerzo y decisión.



En esta batalla no estás solo, existen profesionales de la salud que te pueden ayudar para "APRENDER A VIVIR MEJOR CON LA DIABETES"



# TERAPÉUTICA ADHERENCIA



**PARA PERSONAS CON DIABETES**

# **ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

**PARA PACIENTES DIABÉTICOS**

Facultad de Psicología

UNAM

***RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL***  
***Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo***

Las personas que padecen diabetes mellitus pueden influir de manera favorable en el buen control y desarrollo de la enfermedad, a través de la adherencia terapéutica.



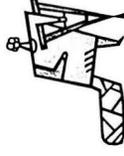
La adherencia es la capacidad de iniciar, continuar y mantener el tratamiento médico, alimenticio, y en este caso para la diabetes, sin embargo, a veces existen situaciones particulares que no favorecen el realizar una buena dieta, o el olvido de los medicamentos.



La modificación del estilo de vida se da en el momento que se cambian los hábitos, o hasta la ausencia de síntomas, pero conocer como podemos ayudarnos a llevar el control beneficia principalmente a la salud.



Asistir a la consulta y revisiones.



Ingesta adecuada de medicamentos.

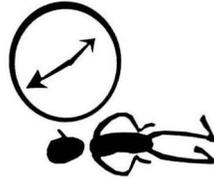


Mantenimiento de los cambios en el estilo de vida.



Se ha considerado que la adherencia consta de las siguientes conductas:

Inicio y seguimiento puntual del tratamiento.



Seguir adecuadamente el régimen terapéutico domiciliario.



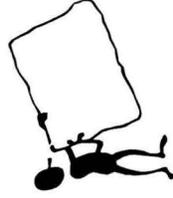
Evitación o supresión de comportamientos de riesgo.



Para poder lograr lo anterior, será necesario adoptar algunas ideas, de tal modo que ayuden a nuestros objetivos.



Algunas tarjetas pegadas estratégicamente en el hogar o en el trabajo, te recordará las cosas positivas de adecuado al tratamiento o para evitar conductas que destruyan tu plan.



“Seguir mi tratamiento me ayudará a sentirme mejor”.

“No olvides tomar tus medicamentos”.

“Es difícil iniciar mi tratamiento pero sé que mi enfermedad estará bien controlada si lo hago”.

“Recuerda hacer y acudir a tus cita a tiempo”.

“Si tienes alguna pregunta ¡escríbela!”

“Mis estilos de vida son más saludables porque he seguido mi tratamiento adecuadamente”.

Hacer preguntas mas directas para aclarar dudas y/o expresar cómo es que nos sentimos de manera mas explicita.



Anotar los medicamentos y sus horarios hará que nuestras citas con el médico sean de menor duración.



Estas son unas preguntas sobre tus medicamentos que te pueden ayudar para iniciar las tuyas.

¿Para que sirven los medicamentos que me da?

¿Cuál es al comida mas adecuada para controlar mi enfermedad?

¿Si me siento mal de la tos, que medicamentos puedo tomar y que no me haga daño por la diabetes?

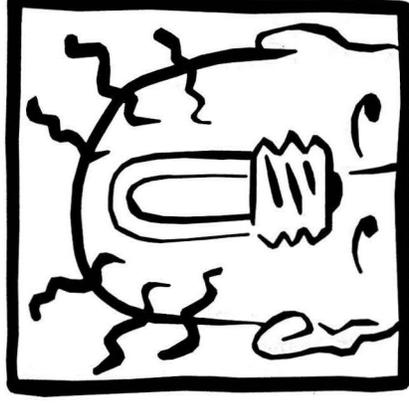
En este espacio escribe algunas otras preguntas que no estén en el ejemplo anterior.

Llevar consigo una libreta donde se escriba de manera diaria la comida, en cantidad y características que se consumen, ayudará a identificar y planear de una manera mas estructurada todo aquello que debemos y lo que no debemos comer.

**Anota en el cuadro de abajo lo que has comido durante el día de hoy.**

DESAYUNO	COMIDA	CENA

Observarte a ti mismo, tu forma de pensar o sentir antes y durante tu tratamiento, logrará establecer claramente las situaciones que te hacen promover formas y estilos mas saludables de los no saludables los cuales ponen en riesgo tu salud.

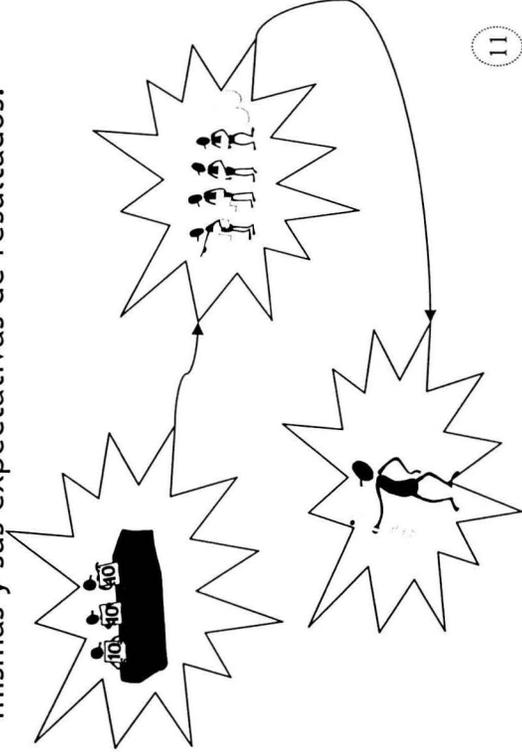


Puedes utilizar un registro como el de la pagina siguiente.

¿COMO ME SIENTO?

L						
M						
M						
J						
V						
S						
D						

Los cambios en el estilo de vida son difíciles para la mayoría de las personas, pero más para quienes padecen una enfermedad crónica, ya que los cambios involucran aprender nuevas conductas y modificar varios hábitos a la vez, los cuales tienen que mantenerse a lo largo de la vida y generalizándose a varios contextos y situaciones. La facilidad con la que ocurren tales cambios depende de las creencias de eficacia que tienen las personas sobre sí mismas y sus expectativas de resultados.



## HORARIO DE MEDICAMENTOS

Pon en la casilla la hora en la que hay que tomar los medicamentos, por día

	MAÑANA			TARDE								NOCHE		
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	
L														
M														
M														
J														
V														
S														
D														

Anota en el cuadro de abajo la comida que tienes prohibida en la primer columna en la segunda anota la que tienes permitida y en la ultima columna tu peso corporal

HOJA DE APOYO		Peso
Comida prohibida 		
		

Estos cuadros te podrán servir para llevar un buen control sobre tus medicamentos y tu dieta

# ASERTIVIDAD



**PARA PERSONAS CON DIABETES**

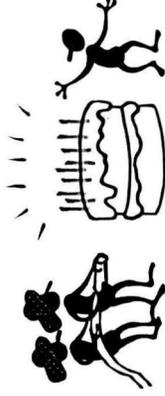
# **ASERTIVIDAD**

## **PARA PACIENTES DIABETICOS**

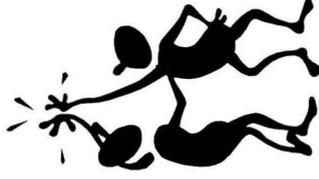
Facultad de Psicología  
UNAM

***RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL***  
***Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo***

Para el paciente diabético a veces resulta difícil poder rechazar comida o bebidas que no están permitidas por contener mucha azúcar, sintiéndose en algunas situaciones culpables al decir "NO" a nuestros familiares, amigos o desconocidos.



Ser asertivo es la capacidad de expresar de manera positiva o negativa nuestros sentimientos sin violentar nuestros derechos ni de los demás.



Existen una serie de derechos asertivos, los cuales nos facilitan relacionarnos con la demás gente, por lo tanto es importante conocerlos:



Ser su propio juez.

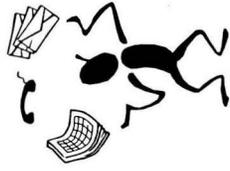
No dar razones o excusas para justificar su comportamiento.



Definir su propia responsabilidad en problemas ajenos.



Cambiar de parecer.



Cometer errores y ser responsable por ellos.



Decir "no lo se".



Rehusar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.



Decir simplemente "no".



Tomar decisiones ajenas a la lógica.



A ser feliz.



Actuar sin aprobación de otros.



Decir "no me importa".



Para lograr defender estos derechos es necesario saber que existen conductas no verbales que determinan si somos o no asertivos, éstas son :

o CONTACTO VISUAL .



Ver a los ojos a la otra persona.

Decir "no lo entiendo".



o EXPRESIÓN Y POSTURA CORPORAL.

Recuerda que si estás alegre, tu cuerpo tiene que expresar lo mismo.



o **TONO DE VOZ.**

Si tu gritas es más fácil que el otro te grite; si tu tono de voz es muy bajo es probable que el otro no te escuche



o **SALUDO DE MANO.**

Si aprietas fuerte la mano del otro, lo puedes lastimar; si tu mano apenas aprieta el otro puede sentir que no lo quieres saludar o que estás nervioso



o **CONTACTO FÍSICO.**

Tocar intencionadamente al otro durante una conversación, p.e. del brazo



o **ESPACIO CORPORAL.**

Si te acercas demasiado a las personas, puedes incomodarlas, p.e. ir en el metro en horas pico



Y por otro lado se encuentra la conducta verbal dividida en tres:

**PASIVO**

Demasiado poco o demasiado tarde, nunca.



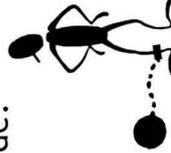
**ASERTIVO**

Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto.

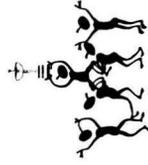


**AGRESIVO**

Demasiado, demasiado pronto, demasiado tarde.



Expresar estos sentimientos e ideas requiere de un esfuerzo al momento de comunicarnos con los demás siendo las habilidades de conversación angulares para el proceso



1. **AUTOELOGIO.**  
“¡Qué bien!, pude hacerlo”

2. **DAR Y RECIBIR CUMPLIDOS.**

“Gracias, usted también es un buen médico”



3. **“BOMBARDEO DE VALORES”.**

Aceptar sin poner “peros” a las cosas positivas que la gente dice de ti.

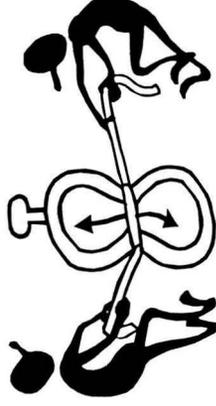


4. **COMUNICACIÓN DE SENTIMIENTOS USANDO ORACIONES QUE INICIEN CON “YO”.**

“Yo me siento muy bien siguiendo mi dieta”



El ser asertivo a veces puede ser peligroso y confundido con agresión, lo cual, lejos de ayudar puede perjudicar las relaciones o alejarnos más de las metas deseadas. Como complemento para todo lo anterior, existen medidas de protección que en ocasiones se tienen que utilizar de manera particular, sin embargo hay que saber terminarlas a tiempo, algunas de éstas son:



### 1. DISCO RAYADO.

Repetir varias veces una petición o una negación

“Te lo agradezco, pero no puedo”



### 2. IGNORAR SELECTIVAMENTE.

Ignorar los mensajes ofensivos de la

conversación y retomar lo positivo:

“Eres un tonto por comer solo verduras”

“Las verduras son necesarias para mantener mi salud”



### 3. APACIGUAR EL ENOJO.

Ignorar el mensaje de enojo de otra persona

y centrar la atención en el hecho de que la persona está enojada: “Veo que estás enojado/a y me gustaría hablar sobre ello”



### 4. SELECCIÓN DE TEMAS.

Separar los temas o mensajes que otra persona

nos dice, por ejemplo, una cosa es que

apreciemos mucho a un amigo y otra es que lo complazcamos en todo, sólo porque es nuestro amigo.



La mayor parte del tiempo a las personas se les dificulta reconocer ante los demás sus sentimientos, especialmente si éstos son de miedo, temor, cólera o sufrimiento pues piensan que esto es signo de vulnerabilidad. También les inquieta reconocer sus errores y no aceptan que el ser humano con frecuencia se equivoca, pero que siempre tiene la posibilidad de corregir sus errores, tampoco consideran que todas las personas en algún momento tienen sentimientos negativos ante diferentes circunstancias y no por ello son reprochables.



Mejorar los estilos de vida a través de la asertividad ayuda a sobrellevar la diabetes ya sea para sí mismo o para con los demás, desde el trabajo, escuela o familia.



Estos son algunos ejemplos de situaciones que se les presentan a las personas con diabetes y la meta adecuada.

•Situación: Vas a ver al médico para que te de medicamentos para controlar la diabetes. Te examina y finalmente te receta, le preguntas como se supone que actuarán los medicamentos ante tu enfermedad. El médico contesta “Usted no tiene porque preocuparse de eso. Simplemente tome estas pastillas y se encontrará mucho mejor”.

**Meta: perseverar e intentar obtener la información solicitada**

•Situación: Estás en una fiesta, donde por razones de enfermedad y por dieta establecida no puedes beber ni comer lo que te están ofreciendo, pero el anfitrión que es tu jefe te está presionando para que lo hagas

**Meta: Rechazar firmemente pero con educación los ofrecimientos del anfitrión.**

# EFECTIVIDAD



PARA PERSONAS CON DIABETES

# **AUTOEFICACIA**

## **PARA PACIENTES DIABÉTICOS**

Facultad de Psicología  
UNAM

**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**  
*Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo*

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social.



La autoeficacia sólo hace referencia a la capacidad percibida . “Puedo hacer” ... es un juicio de capacidad, “lo haré” ... es una declaración de intención.



Muchos de los hábitos del estilo de vida que dañan la salud son parte de una fuerte influencia en la vida diaria. Los hábitos están arraigados en las relaciones con otras personas y forman parte de patrones organizados en las actividades diarias y no son fáciles de romper.



El mantenimiento de los cambios de hábitos ayuda fuertemente en las propias capacidades de regulación y en el valor funcional de la conducta, y proporcionar las habilidades necesarias.



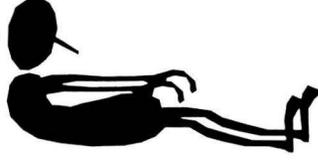
Las experiencias en el ejercicio de control sobre algunas situaciones problema sirven como constructores de eficacia; por lo que constituyen un aspecto crucial de la capacidad de manejarse a sí mismo.



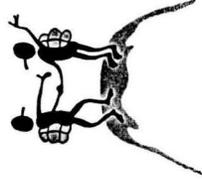
Si las personas no están muy convencidas de su eficacia personal, minan sus esfuerzos en situaciones difíciles y abandonan rápidamente las estrategias que habían aprendido cuando sufrieron algunos reveses o fallaron en conseguir resultados rápidos.



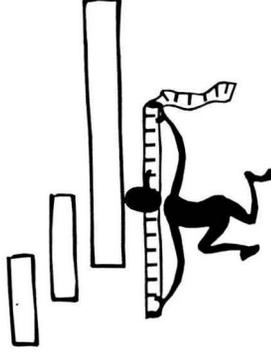
Las personas con una baja autoeficacia, con frecuencia interpretan los hechos de manera distorsionada y negativa.



Las personas miden su autoeficacia al observar su estado emocional cuando están contemplando la realización de alguna actividad.



Además, interactúan con algunas fuentes de autoeficacia como lo son las siguientes:



Las experiencias vicarias (el aprendizaje por observación o o imitación) influyen en las expectativas de autoeficacia de los sujetos cuando éstos observan la conducta de otros, ven lo que son capaces de hacer, notan las consecuencias de su conducta, y luego usan esta información para formar sus propias expectativas acerca de su propia conducta y sus consecuencias



Otra fuente de autoeficacia se refiere a la persuasión verbal (persuasión social). Es decir, el sujeto crea y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que le dicen los demás. La retroalimentación positiva ("Tú puedes hacerlo", "Confío en que lo lograrás").



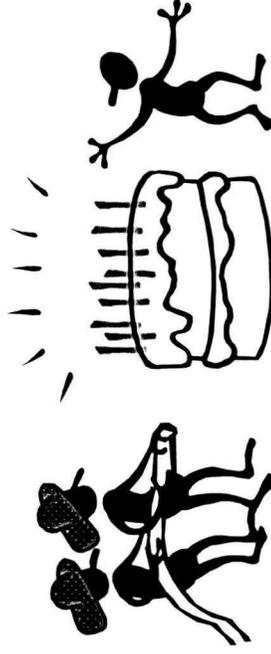
Las experiencias antes descritas se refieren a que el individuo evalúa los efectos de sus acciones, y las interpretaciones de estos efectos le ayudan a crear su autoeficacia con respecto a la acción realizada.



Los estados fisiológicos tales como la ansiedad, el estrés, la fatiga, etc., ejercen alguna influencia sobre las cogniciones, las sensaciones de ahogo, aumento del latido cardiaco, sudar, etc., que se asocian con un desempeño pobre, o una percepción de incompetencia o de posible fracaso.



La magnitud de la autoeficacia se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar. Por ejemplo, qué tan capaz se considera una persona para evitar comer cuando está en una situación relajada y lejos de la comida, en comparación cuando está ansiosa y enfrente de un delicioso manjar.



La fuerza de la autoeficacia se refiere a qué tan convencida y resuelta está una persona con respecto a que puede realizar alguna conducta determinada. Por ejemplo, un estudiante puede estar más convencido de que puede aprobar un examen comparado con otro que duda acerca de su éxito en el examen.



Finalmente, la generalidad de la autoeficacia 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.



Saber que podemos hacer las cosas, que si lograremos las metas logrando modificar nuestros estilos de vida, logrará que nuestras creencias y las ganas de modificarlo se vuelven una realidad adoptando estilos de vida saludables.



## Autoeficacia percibida

### “Lista de chequeo”

Marque la frecuencia con la que puede realizar las siguientes acciones

	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				

# SOLUCION DE PROBLEMAS



**PARA PERSONAS CON DIABETES**

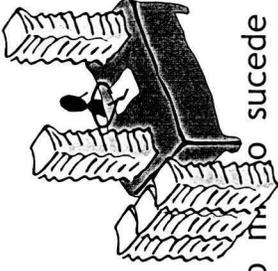
# **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

## **PARA PACIENTES DIABÉTICOS**

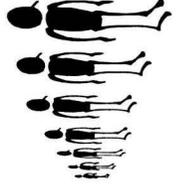
Facultad de Psicología  
UNAM

***RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL***  
***Psic. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo***

Diariamente nos encontramos con algunos conflictos que es necesario resolver, a veces, éstos suelen ser muy complicados y en otras ocasiones son mas sencillos.



Lo mismo sucede para aquellas personas que padecen diabetes, tanto para el que acaba de ser diagnosticado con esta enfermedad, como para el que lleva algunos años con ella, la forma de solucionar los problemas será diferente.



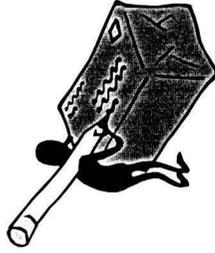
De igual modo, las consecuencias de algunas decisiones equivocadas son mínimas, mientras que en las otras las repercusiones pueden ser mas graves y durar mucho tiempo. Por lo tanto, hay situaciones en las que se debe disminuir al máximo el error al tomar una decisión.



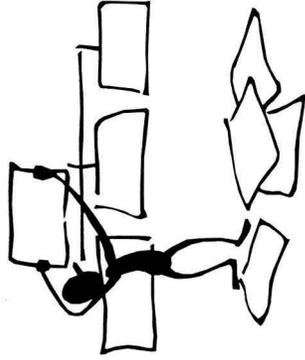
Los problemas a los que no se encuentran soluciones desembocan en un malestar crónico, ya que éstos se ven como un obstáculo porque no concuerdan con las metas deseadas, con lo que esta sucediendo en este momento en la vida cotidiana



Existe una alternativa para que las decisiones tomadas mejoren la calidad de vida del paciente diabético, la cual se denomina "Solución de problemas"



Una manera de enseñar con éxito esta técnica es cuando se dividirla en cinco pasos sencillos, los cuales se describen a continuación.

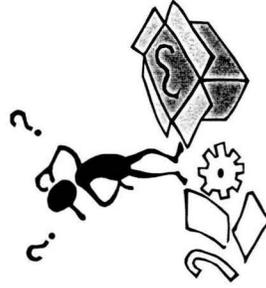


## 1. Orientación del problema

Es posible que una persona experimente más problemas que otra en algunas situaciones; lo importante es darse cuenta de ello y aceptar que el que se nos presenten problemas a lo largo de nuestra vida constituye un hecho normal.



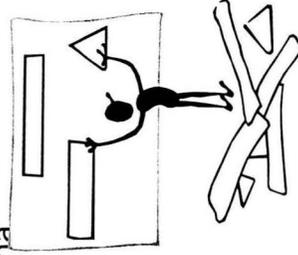
Preguntarse ¿cuál es el problema? Es un buen inicio



## 2. Formulación y definición del problema

El segundo paso en la solución de problemas es describir con detalle el problema. Ante un mismo problema pueden aparecer tantas descripciones como personas intervengan en la definición del mismo, porque cada uno lo percibe o valora de una forma diferente o incluso puede que no perciban el problema porque tienen clara la respuesta.

Es importante observar las cosas que sucedieron antes y finalmente detallar el problema



### 3. Generación de alternativas.

En esta fase se utiliza la técnica de "tormenta de ideas" teniendo en cuenta algunas normas básicas:

- **No se admiten las críticas:** Se escribe en un papel cualquier idea o posible solución sin juzgar si es buena o mala. La valoración de cada idea o alternativa se aplaza para una fase posterior.



- **Todo se permite (menos las críticas):** Hay que romper con los formalismos; las ideas y soluciones que aparezcan, cuanto más raras y originales, mejor.



• **Lo más importante es la cantidad:** Se trata de recoger el máximo de ideas y posibles soluciones al problema. Cuantas más, mejor, dado que aumenta la probabilidad de encontrar alguna que pueda ser la óptima.

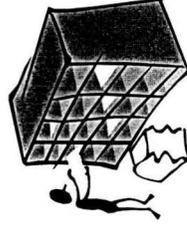


• **Es imprescindible combinar y cambiar:** Cuando tenemos cantidad de ideas y soluciones debemos combinarlas y, en la medida de lo posible, mejorarlas.



#### 4. Toma de decisiones.

Este paso consiste en seleccionar las respuestas más adecuadas y evaluar las consecuencias si se pusieran en práctica. Analizar las alternativas de una forma cuidadosa y razonada, desechando aquellas que son claramente ineficaces. Se debería terminar, por lo menos, con tres alternativas posibles, anotándolas aparte e indicando las consecuencias que tendríamos con esas alternativas. Debajo de cada una de las alternativas escogidas enumeraríamos todas las consecuencias positivas y negativas que se nos ocurran.



Hacer dos columnas de un lado los pros y del otro los contras facilitará las cosas.

8

#### 5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados

Normalmente, este paso se puede aplicar con más facilidad en problemas reales. No obstante, en un supuesto práctico se pueden evaluar los posibles resultados que obtendríamos con la decisión adoptada y supuestamente llevada a la práctica.

En esta fase se incluyen cuatro componentes fundamentales:

- Ejecución



- Auto observación



9

- Autoevaluación (calificar el resultado)



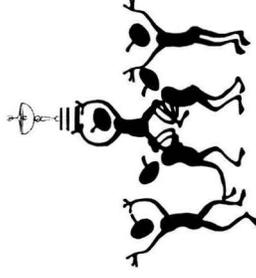
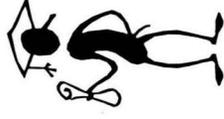
- Autoreforzo (premiarnos con algo que nos guste)



Recuerda que no necesitas seguir los pasos uno por uno, también se pueden saltar o iniciar por el que mas convenga.



El aprender a aplicar esta técnica de manera cotidiana ayuda a dar respuestas más acertadas o soluciones más prácticas, que si tan solo dejamos que la situación que nos está generando problemas se resuelva por si sola, ser una parte activa en nuestro tratamiento o con la familia hace que nuestros estilos de vida sean aún más saludables.



## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

### ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el problema? \_\_\_\_\_

### FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Antecedente \_\_\_\_\_

Detallar el problema \_\_\_\_\_

### GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### TOMA DE DE DECISIONES

PROS

CONTRAS

### PUESTA EN PRACTICA DE LA DECISIÓN TOMADA Y VERIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS

¿Cómo te fue?, ¿Qué cambiarías?, Prémiate