



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

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

**“PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO”
UN CASO CLINICO.**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
M A E S T R A E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A :
LIC. ALEJANDRA DUARTE GUTIERREZ**

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

**COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
 MTRO. HORACIO OSCAR F. I. QUIROGA ANAYA
 DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
 MTRA. SHIRLEY RUBIO CARRASCO
 DRA. SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO
 DRA. DOLORES MERCADO CORONA**

MEXICO, D.F.

AGOSTO 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Finalmente, uno es lo que vive a lo largo de su vida; gracias a la influencia de diferentes personas, uno logra hacer crecer aún más su mundo y continua aprendiendo...este es un buen momento para dedicarte otro de mis más importantes logros de vida y agradecerte:

Muy especialmente a ti Rommel, por tu apoyo incondicional, por creer en mi y por ser mi cómplice en todo. Te amo!

A mis padres Gloria y José Luis, por esa hermosa influencia que aún siguen teniendo en mi vida; por sus consejos, apoyo y por todo su cariño.
Los voy a amar toda mi vida!

A Marisela, Jorge y José Luis por haberme acompañado durante todo este trayecto, por su cariño y por haberme hecho la vida aún más emocionante.

A ti Rebe, por enseñarme lo que es un verdadero profesional, por tu apoyo, tu amistad y por tus siempre acertados comentarios, los cuales me han permitido seguir creciendo de manera personal y profesional.

A Paty, Ari, Marlene, César, Tere, Angie, Andrés, Isa, Jaqui, Gina, Marlinda, Gaby, Clau, Betsa, Eli, Ivette, Belén.. por las enseñanzas que cada uno de ustedes me dieron y por los momentos que juntos vivimos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra máxima casa de estudios, Universidad Nacional Autónoma de México, por proveerme de las herramientas necesarias para poder servir a mi país de manera efectiva, humana y profesional.

A la Facultad de Psicología de la UNAM, así como a todos los académicos responsables de mi formación durante mis estudios de Maestría.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, gracias por su apoyo, tiempo y profesionalismo y por sus acertados comentarios en la realización del presente informe.

A los responsables de que el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y de la Residencia de Medicina Conductual, pueda llevarse a cabo, ya que gracias a éstos pude continuar en la construcción de una sólida preparación profesional.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	5
INDICE	7
INTRODUCCION	11
ANTECEDENTES	14
Lupus Eritematoso Sistémico	14
ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO	16
Causas del Lupus Eritematoso Sistémico	16
Manifestaciones clínicas del LES.	17
Lesiones cutáneas y mucosas	17
Manifestaciones músculo-esqueléticas	18
Manifestaciones renales	19
Manifestaciones psiquiátricas y neurológicas	19
Manifestaciones cardiovasculares	20
Manifestaciones respiratorias	21
Manifestaciones digestivas	22
Manifestaciones hematológicas y linfáticas	22
Manifestaciones oculares	23
Diagnóstico del Lupus Eritematoso Sistémico	23
Tratamiento Médico	25
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL LES.	27

RESULTADOS DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LES	34
DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON LES	43
Objetivo General	43
Procedimiento	44
Etapa 1. Evaluación del paciente	49
Etapa 2. Educación para la salud	59
Etapa 3. Entrenamiento social para el cuidado de la salud	64
Etapa 4. Entrenamiento en conductas de autocuidado	67
Etapa 5. Afrontamiento de la enfermedad	72
Etapa 6. Postevaluación	79
Etapa 7. Seguimiento	80
CASO CLINICO	81
Datos Generales	81
Sesión 1. Entrevista de exploración.	81
Sesión 2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica	86
Evaluación de la paciente	87
Diagnóstico	90
Plan de tratamiento	90
Sesión 3. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento	91
Sesión 4. Educación para la salud. Síntomas de la enfermedad	92

Sesión 5. Falsas creencias acerca de LES	93
Sesión 6. Entrenamiento en relajación	95
Sesión 7. Entrenamiento en relajación	96
Sesión 8. Factores que intervienen en la presencia y activación del LES	97
Sesión 9. Complicaciones del LES	98
Sesión 10. Importancia del tratamiento médico en LES	99
Sesión 11. Importancia del tratamiento farmacológico en LES	100
Sesión 12. Importancia de la dieta y nutrición en LES	102
Sesión 13. Preguntar al médico	103
Sesión 14. Obtención de apoyo de otros	104
Sesión 15. Modelo de solución de problemas	106
Sesión 16. Modelo de solución de problemas	107
Sesión 17. Evitar la exposición al sol utilizando modelo de solución de problemas	108
Sesión 18. Rutina de ejercicio utilizando modelo de solución de problemas	109
Sesión 19. Inhibir la ansiedad	111
Sesión 20. Identificación de estados emocionales disfuncionales y su relación con la sintomatología y brotes del LES	113
Sesión 21. Inoculación al estrés	114
Sesión 22. Inoculación al estrés	116
Sesión 23. Postevaluación	117

Sesión 24. Alta	118
Sesión 25. Seguimiento	119
RESULTADOS: EFECTOS CLINICOS O DE AJUSTE PSICOLOGICO	121
DISCUSION	126
COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS DURANTE LA RESIDENCIA	130
ANEXO: PAPAECD Y SU FUNCIONAMIENTO	134
ANEXO: GLOSARIO MEDICO	180
ANEXO: FORMATOS DE REGISTRO	185
ANEXO: FORMATOS PARA EXPEDIENTE	193
BIBLIOGRAFIA	212

INTRODUCCIÓN.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad reumática, autoinmune, inflamatoria, crónica y multisistémica, de etiología desconocida, definida por sus características clínicas y por la presencia de numerosos autoanticuerpos contra antígenos celulares. Al igual que las otras enfermedades autoinmunes, el LES se presenta con mayor frecuencia en las mujeres; aparece generalmente en los años fértiles, sobre todo al final de la segunda década y al principio de la tercera. Se presenta con rangos de severidad desde apacible (con rash) a complicaciones como la artritis, falla renal y disturbios profundos a nivel de sistema nervioso central entre muchos otros. El LES tiene un curso y pronóstico inconstante, caracterizados por periodos de exacerbaciones y quiescencia que pueden involucrar a otros órgano o tejido en varias combinaciones (Balluz et al, 2001; Kimberly, 2001; Louis et al, 2001).

Hace tan solo 20 años, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) era una enfermedad de observación ocasional, esto seguramente debido a una baja prevalencia de la enfermedad, pero también a un pobre diagnóstico debido a la baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas de entonces. Sin embargo, estudios recientes han mostrado que el LES ha aumentado su incidencia y prevalencia desde los años 70 (Petri, 2000).

En los Estados Unidos, por ejemplo, más de un millón de personas afectadas con Lupus, presentan una gran variedad de síntomas. En más de la mitad de los casos es letal. Estudios realizados en Nueva York, demuestran que el 90% de los pacientes con Lupus son mujeres, en donde las afroamericanas son tres veces más susceptibles a desarrollar la enfermedad que las de raza blanca (Marshall, 2002).

Esto, aunado a la gran sensibilidad de las técnicas actuales para detectar anticuerpos antinucleares, hace que hoy en día, el LES no sea una enfermedad ocasional. Por ejemplo, en

Rochester, Minnesota, la incidencia se ha triplicado en la población con una prevalencia aproximada de 1 por cada 800 personas (Uramoto et al, 1999).

En Europa del norte, el LES se presenta en aproximadamente 40 por 100, 000 personas (Louis y Fernández, 2001).

En determinados países del Extremo Oriente, como por ejemplo, China o el Sudeste Asiático, el LES sobrepasa en frecuencia a la artritis reumatoide y se ha convertido en la enfermedad del tejido conectivo más frecuente. (Steinberg, 1994).

En el caso de México, el Lupus Eritematoso Sistémico se encuentra entre los padecimientos reumáticos más frecuentes y con un alto riesgo de muerte, aunque no existen datos recientes, ya en el año 1991 su incidencia era de siete casos por cada 100.000 habitantes/año y su prevalencia de 8.78 por 10,000 mujeres (15-65 años de edad), esto es 1 por cada 1,137 mujeres, en los últimos años (Sauza et al., 1991).

Las distintas anormalidades inmunológicas (Kimberly, 2001), en particular los anticuerpos antifosfolípidos, anticitoplásmicos y antinucleares se desarrollan en pacientes con LES. Además del riesgo persistente de señales de alarma de la enfermedad, el daño permanente a órganos del sistema se desarrolla en más de la mitad de los pacientes portadores de esta enfermedad. Aunque el pronóstico para las personas con LES ha mejorado dramáticamente en las últimas cuatro décadas, la mortalidad es por lo menos 3 veces mas en la población general. Las proporciones de supervivencia están en aproximadamente 80% en 10 años después del diagnóstico y aproximadamente 65% a 20 años. Las muertes tempranas en el curso del LES normalmente se atribuyen a la enfermedad activa e infecciones, pero las muertes que ocurren después del curso de la enfermedad son causadas a menudo por la enfermedad vascular aterosclerótica (Ver Anexo de Glosario Médico).

ANTECEDENTES.

Lupus Eritematoso Sistémico.

El término “lupus” proviene del latín y significa “lobo”; este nombre se le dio a la enfermedad a principios del siglo pasado por la similitud con las lesiones producidas por mordedura del lobo en la piel. Aunque existen descripciones muy semejantes desde el año 400 A.C. por Hipócrates en Grecia, con el nombre de “herpes estiómenos” las cuales se cree que corresponden a casos de lupus (Villarauz, 2004).

No fue sino hasta 1828 cuando el dermatólogo francés Biewtt, describió en detalle la forma localizada y benigna del lupus discoide. En 1851, Cazenave también dermatólogo francés, describió la forma como “lupus eritematoso” por la coloración rojiza de las lesiones. En 1875, el médico austriaco Hebra y su yerno Kaposi, publicaron descripciones muy completas de las lesiones de la piel de estos pacientes y sugirieron la posibilidad de afección de los órganos internos. A partir de 1895 hasta 1903, el médico canadiense William Osler, trabajando en la universidad de Johns Hopkins, en una serie de tres publicaciones, describió de manera de una manera muy amplia y completa, la participación de órganos internos y los correlacionó con las descripciones de sus antecesores en dermatología, siendo hasta entonces y por largo tiempo una de las publicaciones más importantes del lupus como enfermedad multisistémica (Villarauz, 2004).

En 1941 el Dr. Paul Klemperer del Hospital Mount Sinai de Nueva York, publicó las lesiones anatomopatológicas en este tipo de pacientes y mencionó por primera vez el término de “Enfermedades del Colágeno” en donde incluye el lupus como enfermedad prototipo (Villarauz, 2004).

En 1946, el descubrimiento de la célula LE por el Dr. Malcolm Margraves en la médula ósea de un paciente con lupus , marcó el inicio de la era productiva en la investigación de lupus. Sus observaciones fueron publicadas en 1948 y en ese entonces, como prueba definitiva para el

diagnóstico de la enfermedad. Un año más tarde, el reumatólogo Phillip Hench, descubrió la cortisona, la cual se usa con gran éxito en pacientes con artritis reumatoide y posteriormente en lupus (Villarauz, 2004).

Así como Argentina, Chile, Brasil y Uruguay lideraron en Latinoamérica el conocimiento de las enfermedades reumáticas y de lupus en la década de 1940 y 1950; México a partir de 1960, ha sido el país líder latinoamericano, en el desarrollo y conocimiento de enfermedades reumáticas y por ende del lupus. Una de las personalidades que más ha estudiado el lupus, es el profesor Donato Alarcón Segovia quien durante su servicio social en el Instituto de la Nutrición, realizó uno de los primeros trabajos sobre Lupus (Villarauz, 2004).

ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO.

Se considera que el LES es una enfermedad autoinmune humana prototípica, mediada por complejos patógenicos inmunes; las personas con este desorden producen autoanticuerpos que reaccionan con una variedad de constituyentes celulares y extracelulares, nucleoproteínas, componentes citoplásmicos, células de antígeno de superficie y componentes de la matriz. Estas inmunoglobulinas participan en la formación de depósitos inmunes, iniciando una respuesta inflamatoria que a menudo causa la muerte de la célula y falla orgánica (Brito y Jara, 2003).

Causas del Lupus Eritematoso Sistémico.

Según los datos experimentales efectuados en ratones y los de varios estudios clínicos, se conoce la existencia de diversos factores que pueden intervenir en el desarrollo de la enfermedad, fundamentalmente genéticos, hormonales, ambientales (como la luz ultravioleta de la radiación solar, la exposición al tabaco y las aminas aromáticas), farmacológicos, infecciosos e inmunológicos, estos factores se asocian en grado variable y conducen a alteraciones en la regulación del sistema (Villarauz, 2004).

Así mismo, diversos estudios (Dobkin, 1988; Wekking, 1991; Adams, 1994; Da Costa, 1999; Schubert, 1999; Peralta, 2001), han demostrado la importancia que representan los factores de carácter psicológico como el estrés en la exacerbación de dicha enfermedad.

Manifestaciones clínicas del LES.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad están determinadas por el tipo de subpoblaciones de anticuerpos y de inmunocomplejos que existen en el paciente por los órganos, células o productos celulares afectados. Las manifestaciones clínicas del LES se acompañan de fatiga, malestar general, fiebre, anorexia, pérdida de peso, mareos y náuseas (Igbal et al., 2002; Karassa et al., 2000; Petri, 2000; Arenas, 2000).

Es una enfermedad que se caracteriza porque evoluciona a brotes; su intensidad va de leve e intermitente a persistente y mortal. En raras ocasiones, la enfermedad presenta un curso rápidamente progresivo (Cervera et al., 1993).

El LES, es una enfermedad que puede dar múltiples manifestaciones en órganos y sistemas llevando al daño irreversible (complicaciones) y ocasionando con ello la muerte. Las manifestaciones frecuentes en el LES se explican a continuación:

Lesiones cutáneas y mucosas.

Son múltiples y pueden abarcar un amplio campo de la patología dermatológica. Lo más característico es la erupción en forma de "alas de mariposa" en las mejillas y dorso de la nariz (eritema en vespertilio). En ocasiones, su aparición está favorecida por una exposición solar (fotosensibilidad). Suele curar sin cicatriz o dejar una ligera pigmentación residual. También son frecuentes las erupciones maculopapulosas y pueden localizarse en cualquier zona de la superficie corporal, pero son más frecuentes en el tórax, dedos, palmas de las manos y cuero cabelludo. La alopecia es un fenómeno frecuente, suele ser difusa aunque en ocasiones puede ser de tipo areata. En otras ocasiones es un fenómeno secundario a la terapéutica con inmunosupresores (Brito y Jara, 2003).

Manifestaciones músculo-esqueléticas.

El 95% de los pacientes con LES refiere artralgias, por lo que constituyen el síntoma más frecuente de esta enfermedad. En ocasiones, el dolor puede aparecer desproporcionado en relación con el grado de inflamación.

La afección articular suele ser simétrica y afecta con mayor frecuencia a las pequeñas articulaciones. A diferencia de la artritis reumatoide, la artritis del LES suele ser transitoria, de

escasa duración y no se acompaña de erosiones articulares aunque es una constante el dolor. Ocasionalmente, los pacientes desarrollan una artritis deformante, como resultado de la afección capsular y ligamentosa (artropatía de Jaccoud). En un porcentaje inferior al 5% pueden encontrarse erosiones (Brito y Jara, 2003).

También es relativamente frecuente la aparición de debilidad muscular, mialgias y miositis. En ocasiones, es difícil diferenciar la miopatía del LES de la producida por el tratamiento con corticoides o antipalúdicos (Brito y Jara, 2003).

Manifestaciones renales.

La afección renal del LES es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (Kashgarian, 1994).

Su frecuencia clínica oscila alrededor del 35-55% y constituye una de las primeras manifestaciones de la enfermedad en el 10% de los casos. La biopsia renal es de notable utilidad para diferenciar las lesiones renales leves de las que presentan un pronóstico más sombrío y precisan un tratamiento más agresivo (Foster, 1993).

Manifestaciones psiquiátricas y neurológicas.

Se presentan desórdenes neurológicos, con participación tanto del sistema nervioso central como del periférico. El compromiso del sistema nervioso central se manifiesta principalmente como psicosis orgánica y convulsiones. En la psicosis hay deterioro de la orientación, percepción, capacidad para calcular, ilusiones y alucinaciones (Hay et al., 1992).

Así mismo, se ha llegado a identificar que las funciones cognitivas que se alteran en mayor porcentaje y persistencia son: memoria (principalmente evocación), fluidez verbal y

atención; en menor porcentaje se han informado alteraciones en las funciones de memoria visuoespacial y habilidades psicomotoras. La presencia de actividad de la enfermedad, estados afectivos alterados como la depresión y tratamiento farmacológico parecen no dar cuenta de las alteraciones cognoscitivas en los pacientes (Montes et al., 2004).

La depresión es común en los pacientes con LES, la etiología de esta manifestación involucra al SNC o puede ser un síntoma secundario a la alteración psicológica y social del paciente. Clínicamente un cuadro depresivo frecuentemente se manifiesta como un aparente compromiso global de funciones intelectuales principalmente de memoria, en la cual existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea y también se observa disminución de la capacidad de atención y concentración con una mala fijación de los hechos de la vida cotidiana. Otros síntomas son cuadros de manías, ansiedad, reacciones de conversión, etc. (West, 1994).

Entre las manifestaciones en sistema nervioso central destacan las crisis convulsivas, migraña, mielitis, hemiplejía, parálisis de pares craneales, corea y meningitis aséptica (Asheron et al.; 1989).

Manifestaciones cardiovasculares.

Cualquiera de las estructuras cardiacas pueden afectarse en el LES. La lesión más frecuente es la pericarditis, que suele ser de intensidad leve o moderada. El taponamiento cardiaco es excepcional (Kahl, 1992).

La endocarditis aséptica y las alteraciones funcionales valvulares son relativamente frecuentes en los estudios ecocardiográficos, pero suelen ser asintomáticas pudiendo estar relacionadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípido (Khamashta et al., 1990).

También puede aparecer cardiopatía coronaria, miocarditis, hipertensión arterial y tromboflebitis (Khamasta, Cervera y Asheron, 1990).

Manifestaciones respiratorias.

El dolor pleurítico es más frecuente que la evidencia radiológica de un derrame pleural. El líquido pleural presenta características de exudado, con cifras de glucosa normales, a diferencia del derrame infeccioso o de la artritis reumatoide (Martínez, Lynch y Orens, 1994).

La afección parenquimatosa es menos frecuente y suele ser en forma de neumonitis intersticial difusa. En ocasiones, se observa elevación diafragmática, con atelectasias laminares, que conduce a la aparición radiológica de un pulmón pequeño y que se ha relacionado con la afección diafragmática. Por último, pueden observarse casos de hemorragia pulmonar de notable gravedad (Olsen et al., 1991).

Manifestaciones digestivas.

Los síntomas gastrointestinales pueden incluir náuseas, vómitos, disfagia y dolor abdominal por peritonitis aséptica. La lesión hepática es excepcional, aunque puede aparecer hepatitis crónica activa o cirrosis biliar primaria; probablemente se trata de una asociación fortuita. Se han descrito casos de pancreatitis como consecuencia de fenómenos vasculíticos (Brito y Jara, 2003).

Éstos pacientes presentan generalmente pérdida o aumento de peso, pérdida de interés en la comida y anorexia. En estos pacientes debe prescribirse un plan estricto de alimentación sólo ante la presencia de determinadas manifestaciones clínicas como retención de líquidos, hipertensión arterial, nefropatías y también cuando están tomando ciertos medicamentos, como los corticoides (Brito y Jara, 2003).

Manifestaciones hematológicas y linfáticas.

La anemia hemolítica y la trombocitopenia autoinmune son hallazgos frecuentes y, en ocasiones, pueden preceder en varios años al resto de manifestaciones del LES. Otras alteraciones hematológicas habituales son linfopenia, anemia normocrómica y alteraciones de la coagulación, debidas al denominado anticoagulante lúpico. La presencia de este anticoagulante se asocia paradójicamente con fenómenos trombóticos y suele relacionarse con la presencia de anticuerpos anticardiolipina. La aparición de leucocitosis debe alertar sobre la presencia de una infección intercurrente. Son relativamente frecuentes en los niños con LES la esplenomegalia y adenopatías de pequeño tamaño e indoloras (Brito y Jara, 2003).

Manifestaciones oculares

En el fondo del ojo se pueden observar ocasionalmente exudados blanquecinos adyacentes a los vasos retinianos (cuerpos citoides). Se ha descrito también la aparición de conjuntivitis y epiescleritis en pacientes que se encuentran en períodos de actividad clínica. La sequedad ocular es frecuente y se debe, en muchas ocasiones, a la coexistencia del síndrome de Sjögren. La oclusión de los vasos retinianos es una complicación grave que puede conducir a la ceguera transitoria o permanente (Brito y Jara, 2003).

DIAGNÓSTICO DEL LES.

El diagnóstico del LES depende del reconocimiento de síntomas específicos y de la identificación de autoanticuerpos (parámetros analíticos) tales como Anticuerpos Antinucleares (ANA), Anticuerpos Antifosfolípidos (AAF), antidoble DNA (dsDNA) y Antígenos Nucleares

Extraíbles (Enas). Así mismo, La valoración del sistema del complemento constituye un buen parámetro para el control del LES. La disminución del mismo y su depósito en determinados tejidos sugieren actividad de la enfermedad. También es frecuente la detección de inmunocomplejos circulantes y crioglobulinas. En el 30% de los pacientes se detecta factor reumatoide.

Las múltiples formas de presentación clínica en ocasiones dificultan el diagnóstico. La American Rheumatism Association (ARA) ha establecido criterios de clasificación (Tan et al., 1982).

La presencia en un paciente de cuatro o más de estos criterios, simultáneamente o de forma progresiva, permite clasificar a un paciente como portador de LES. Sin embargo, cada vez parece más evidente que las formas menores de LES pueden permanecer enmascaradas durante muchos años como otras enfermedades con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial (Font, 1993).

Por otra parte, el índice SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Activity Index) es un método utilizado para medir la actividad de la enfermedad de lupus (Guibert et al., 2000). El rango de puntuaciones en SLEDAI va de 0 a 105 , pero en la práctica usualmente no se superan los 45 puntos; luego un paciente está activo cuando tiene puntuaciones mayores de 10. Este sistema refleja la actividad de la enfermedad en los últimos diez días.

Independientemente que la evaluación del LES incluye 3 elementos indiscutiblemente diferentes (actividad de la enfermedad, daño y estado de salud), conocer la actividad de la misma es muy importante debido a que el lupus está caracterizado por exacerbaciones y remisiones. La reactivación de la enfermedad se refiere a un cambio en la actividad que puede ocurrir en cualquier aspecto de la misma y durante su evolución. Se ha reportado que una reactivación leve o moderada corresponde a una calificación SLEDAI igual a 10 y una puntuación mayor de 10 se

considera como fuerte actividad de la enfermedad. Cuando la calificación SLEDAI, al inicio de la enfermedad, es igual o mayor de 20 , esto constituye un valor predictivo vinculado a mortalidad.

TRATAMIENTO MÉDICO.

Debido a la heterogeneidad de la enfermedad, el tratamiento debe individualizarse, tanto para cada paciente como para cada momento concreto de su evolución. En el LES no puede establecerse una guía terapéutica uniforme, por ser una enfermedad de curso variable y con manifestaciones clínicas cuya gravedad depende del órgano afectado y de la intensidad de tal afección. Además, existe un porcentaje de pacientes que presentan remisiones clínicas espontáneas y otros cuya enfermedad muestra un curso tan benigno que apenas requiere tratamiento. El tratamiento del LES, como toda enfermedad autoinmune, se contempla desde cuatro niveles: genético, inmunovigilancia, síntesis de anticuerpos y citotoxicidad celular, sin olvidar por supuesto el control de las manifestaciones clínicas. Actualmente la aproximación terapéutica en el LES se desarrolla en el sentido de conseguir una disminución no específica en la producción de anticuerpos y en el tratamiento sintomático de las manifestaciones (Brito y Jara, 2003).

Los medicamentos más utilizados en el LES se mencionan a continuación:

- Anti inflamatorios no esteroideos, indicados en casos en donde se presentan artralgiyas, artritis y episodios leves de serositis (pleuritis y pericarditis).
- Antipalúdicos, los cuales son útiles en el tratamiento de las manifestaciones cutáneas y articulares, el más utilizado es la hidroxicloroquina.
- Corticoesteroides, los cuales deben emplearse en los pacientes con enfermedad activa que no responden a los anti-inflamatorios no esteroideos y también en aquellos con manifestaciones graves de la enfermedad como afección del Sistema Nervioso Central, Nefropatía, Anemia Hemolítica, Trombocitopenia marcada, Miocarditis, afección intensa del estado general o vasculitis; en estos casos debe iniciarse desde el primer momento un tratamiento con corticoides en lugar de anti-inflamatorios o antipalúdicos y la dosis dependerá de la respuesta clínica.

- Inmunosupresores, los cuales son útiles en la nefropatía proliferativa difusa y en aquellos enfermos en que no se controla la actividad de la enfermedad con los corticoides o que, por sus efectos secundarios graves, éstos deben reducirse.

El tiempo ha demostrado que en los casos graves, los corticoides especialmente si se asocian a inmunosupresores, han contribuido de forma definitiva a mejorar el pronóstico de la enfermedad. Gracias al diagnóstico precoz, el reconocimiento de formas leves de la enfermedad y el tratamiento individualizado, se ha logrado una supervivencia media del 95% a los cinco años. Cabe señalar que este tratamiento farmacológico a dosis altas, especialmente a largo plazo, puede contribuir a miopatía, osteoporosis, hipertensión, diabetes, enfermedad vascular aterosclerótica, infecciones y la muerte. La terapia oportuna y agresiva, sin embargo, puede retardar o prevenir la morbilidad y la falla orgánica en costos (Villarauz, 2004).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Es posible distinguir tres áreas de influencia a nivel psicológico del Lupus: 1) La correspondiente a las posibles alteraciones somáticas de la enfermedad, 2) la referida a los trastornos psicológicos que se desencadenan con motivo de la relación de la persona con la enfermedad y 3) la que relaciona la influencia de los estados psicológicos de la persona con el desarrollo y curso de la enfermedad.

1) Alteraciones psicológicas posibles como consecuencia de las disfunciones somáticas originadas por el Lupus.

Las alteraciones psicológicas emergentes del LES vienen referidas, básicamente, a la afección del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), habiéndose definido como "síntomas clásicos" la ocurrencia de depresiones endógenas, y/o ansiedad. Cuando el S.N.C. se ve seriamente afectado por la enfermedad, puede ocurrir la alteración de la cognición y de las funciones superiores (déficits atencionales, pérdida de memoria, etc.) y de la psicomotricidad, entre otras afecciones. En este sentido, si bien resulta necesario el apoyo psicológico para la mejora de estos déficits, es imprescindible la terapia farmacológica. En este sentido, como parte de la terapéutica farmacológica para el Lupus, el uso de corticoesteroides también puede provocar ansiedad, cambios de humor, olvido, depresión, cambios de personalidad y otros problemas psicológicos (Montes et al., 2004).

2) Alteraciones psicológicas emergentes con motivo de la relación del enfermo con el Lupus.

Ante un diagnóstico de enfermedad crónica se presentan estados emocionales negativos tales como la ansiedad, depresión, ira, hostilidad, etc., que acompañan a la misma y que se producen a lo largo del tratamiento.

En el caso del LES (Lunic, 2002), algunos de los motivos que propician este hecho son:

- *Incertidumbre hacia la enfermedad.* El paciente no conoce fielmente las características de la enfermedad, sus posibles repercusiones ni la forma en la que puede evolucionar.
- *Aparición de miedos.* Son muy frecuentes los miedos relacionados con la pérdida de salud, al tener que convivir con la enfermedad toda la vida, el miedo a la muerte, el miedo a tener que renunciar a ciertos hábitos y actividades. Del mismo modo, conforme la enfermedad se estabiliza, es muy frecuente el miedo a la crisis lúpica, que a su vez, puede conllevar la aparición de constantes y excesivas conductas de autoobservación y autoinspección las cuales pueden acompañarse de ansiedad.
- *Sentimientos de culpabilidad.* En muchos casos el paciente se siente culpable de su enfermedad. En este sentido, surgen sentimientos de profundo malestar al pensar que el Lupus conlleva dificultades y problemas también para los seres que le rodean.
- *Dificultades en las relaciones interpersonales.* Conforme tiende a cronificarse la enfermedad, suelen emerger conflictos con las personas más allegadas muchas veces provocando el aislamiento del paciente. En este sentido, los problemas de pareja son más marcados pues el funcionamiento sexual puede verse afectado de muchas maneras debido a que el dolor crónico, la fatiga, algunos fármacos utilizados en la terapia y una baja autoestima, según Ostensen (2004), reducen el interés sexual y por ende la frecuencia del coito.
- *Disminución de la autoestima.* La persona puede percibirse como autolimitada, menos capaz y con mayores dificultades en su vida cotidiana; así mismo, contribuyen en este sentido, las posibles alteraciones del aspecto físico provocadas por diversos fármacos y por la enfermedad en sí.
- *Dificultades en la toma de decisiones y pérdida de interés hacia el desarrollo de actividades anteriormente motivantes.*
- *Frustración laboral.* En algunos casos resulta incompatible el desempeño de algunas actividades laborales con los nuevos hábitos de cuidados; este problema se agrava cuando la motivación era alta hacia el desempeño de ese trabajo.

- *Limitaciones económicas.* En relación al aspecto anteriormente señalado, en ocasiones, el paciente tiene que renunciar a desempeñar las labores que le revertían beneficios económicos.
- *Cambio de hábitos.* El paciente tiene que incorporar a su repertorio conductual multitud de hábitos de autocuidado, así como renunciar a ciertas prácticas que le resultan placenteras.
- *Negación/Maximización de la enfermedad.* Ambos son fenómenos frecuentes en el paciente lúpico; en este sentido, hay personas que tienden a relativizar (e incluso rechazar) todo tipo de repercusiones que el LES pueda acarrearle, soliendo traducirse en una indeseable adscripción al tratamiento (tanto médico como psicológico) En el otro polo se sitúan aquellas personas que dramatizan la enfermedad hasta extremos irracionales.

3) Influencia de los estados psicológicos de la persona con el desarrollo y curso de la enfermedad.

Sabemos que las emociones humanas no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de muy diversas maneras que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar (Fernández, 1993; Fernández, 1994; Sandín, 1993). Existen sólidas evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales, que apuntan a que:

a) Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud.

Los pioneros trabajos de Hans Selyé (1936) permitieron investigar los efectos del estrés en la etiopatogenia de numerosas enfermedades. La interpretación y el afrontamiento que el individuo hace de las situaciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1984) de distinta magnitud (desde los altamente traumáticos, pasando por los sucesos vitales mayores y los estresores ambientales, hasta los contratiempos cotidianos), están implicados en diversos trastornos.

Los estudios sobre Psiconeuroinmunología están aportando datos que permiten objetivar las relaciones entre los estados emocionales negativos y sus consecuencias en el sistema inmune (Ader, Felten y Cohen, 1991; Bayés, 1991; Borrás, 1992), mostrándose cómo el estrés hace a las personas más vulnerables a la enfermedad. Las investigaciones en torno al patrón de conducta A (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976; Palmero, Codina y Rosel 1993), y más recientemente sobre la Hostilidad e Ira (Siegman, 1994; Spielberger, 1994) han mostrado que algunos estados emocionales concretos pueden llegar a ser factores de riesgo para ciertas enfermedades.

b) Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud.

Parte de los efectos patógenos que produce el estrés sobre la salud se deben a que éste induce a la realización de hábitos poco saludables tales como el incremento en la ingesta de alcohol, del hábito de fumar, y la paralela reducción de conductas saludables tales como el ejercicio físico, las precauciones ante contagios y accidentes, etc. (Fernández, Doval y Santiago, 1993).

c) Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades.

Aparte del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también inciden en su curso, precipitando el inicio de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación; éste es el caso de trastornos tan frecuentes como el asma (Isenberg, Leherer y Hochrom, 1992), la hipertensión (Fernández y Calvo, 1987), el dolor de cabeza (Martínez, Romero, García y Morales, 1992). Es más, estudios recientes (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989) muestran que las respuestas emocionales pueden afectar marcadamente la longevidad de pacientes con cáncer. En el caso de LES, diversos estudios han demostrado la importancia que representan los factores de carácter psicológico como el estrés en la exacerbación de la enfermedad (Dobkin et al, 1998; Wekking et al., 1991; Adams et al., 1994; Da Costa et al., 1999; Shubert et al., 1999; Peralta et al., 2001).

Todo lo anteriormente citado puede explicarse desde el punto de vista de la regulación endócrina del sistema inmune, esto es, cuando un individuo se ve expuesto a cualquier situación que cause una alteración de la homeostasis, se dice que éste se halla sujeto a un estrés, lo que resulta en numerosos cambios neurofisiológicos y neuroquímicos a los cuales el individuo debe adaptarse. A su vez, dichos cambios alteran numerosos procesos fisiológicos incluyendo aquellos involucrados en la respuesta inmune. Los individuos reaccionan al estrés físico, biológico o emocional mediante una serie de reacciones coordinadas que estimulan a los sistemas inmune y neuroendócrino para proteger al huésped. Dichas reacciones dependerán de la naturaleza, intensidad y duración de éste y del estado de salud del individuo; en todo caso, si el organismo no es capaz de crear y mantener una respuesta contra el estrés, este puede ser un factor determinante en la patogénesis de diversas enfermedades (Caballero et. al., 2001).

d) Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos.

El grado de información, el apoyo y protección familiar, la relación con el médico y el personal sanitario, así como el cumplimiento de las prescripciones médicas son aspectos influidos por el estado emocional.

Las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que, en realidad, interfieren en el proceso de curación. Un caso paradigmático es el de los enfermos oncológicos sometidos a quimioterapia (Blasco, 1992; Font, 1990); la aversión y la angustia producidas por los efectos secundarios de los agentes quimioterápicos pueden llegar a hacer que los pacientes abandonen el tratamiento, con lo que se evita un malestar inmediato -las náuseas y la angustia-, para exponerse a un daño seguro pero menos perceptible y más lejano en el tiempo el progreso de la enfermedad. El caso del LES es similar según National Institutes of Health (1999), pues los corticoesteroides que se utilizan para tratar muchos de los síntomas de la enfermedad, pueden provocar ansiedad, cambios de humor, olvido, depresión, cambios de

personalidad y otros problemas psicológicos así como cambios en la apariencia física, lo cual muchas veces puede provocar que el paciente abandone el tratamiento.

RESULTADOS DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LES.

Los meta análisis (Mullen et al., 1987; Hirano et al., 1994) demuestran que una variedad de intervenciones psicoeducacionales en pacientes con enfermedad reumática, proporcionan una mejora significativa en la relevación del dolor, de la depresión y de la inhabilidad.

De 165 estudios de la educación del paciente en enfermedades reumáticas (Hirano et al., 1994; Lorig et al., 1987), solamente 9 se dirigen específicamente a pacientes de LES, y los resultados son contrarios. De estos estudios, 2 examinaron las intervenciones educativas diseñadas para mejorar el estado de salud de pacientes con LES (Braden et al., 1993; Peterson et al., 1993), y aunque ambos demostraron una cierta ventaja a los pacientes, ni unos ni otros tenían un grupo de control.

Un ensayo clínico de asesoramiento centrado en la persona vía telefónica, demostró mejoras significativas en estado psicológico pero no en el funcionamiento físico en 15 pacientes con LES (Maisiak, R., 1996). En otro ensayo conducido por el mismo grupo de investigadores, seleccionaron al azar a 58 pacientes con LES para recibir asesoramiento telefónico o supervisión de síntomas, y la mejora significativa en la función física y la ayuda social fue demostrada en el grupo de asesoramiento (Austin et al., 1996).

En contraste, en un ensayo clínico seleccionado al azar con un grupo de 133 pacientes con LES de 9 clínicas de Canadá utilizando la psicoterapia breve de apoyo expresiva no demostró ninguna ventaja significativa en señal de socorro psicológica, síntomas médicos, costes del cuidado médico y la calidad de la vida (Dobkin et al., 2002).

Otros autores sostienen que aunque los programas psicoeducacionales mejoran perceptiblemente algunos síntomas en la enfermedad reumática (Daltroy y Liang, 1993; DeVellis y Blalock, 1993), es menos evidente qué tipo de programa trabaja mejor, con qué tipo de pacientes y en qué circunstancias.

Por otra parte, la autoeficacia y el apoyo social han sido correlacionada con algunos indicadores de LES en varios estudios (Karlson et al., 1997; Alarcón et al., 1998; Lotstein et al., 1998; Dobkin et al., 1999; Da Costa et al., 1999; Ward et al., 1999; Sutcliffe et al., 1999) en los cuales se ha encontrado que éstos son predictores de los estados psicológicos y de salud de pacientes con LES.

En otro estudio (Karlson et al., 2004) se evaluó en un ensayo controlado seleccionado al azar, el efecto que tienen en la prevención de resultados adversos del LES, la autoeficacia, el apoyo social y las habilidades en solución de problemas; para tal efecto se utilizó una intervención basada en la teoría psicoeducacional. Los resultados indican que los tres elementos señalados arriba son eficaces, y aunque no se pueden separar los efectos definitivos de cada uno de ellos, los pacientes tuvieron una mejora significativa en el estado de salud mental y fatiga a pesar de la actividad persistente de la enfermedad.

Por otra parte, en otro estudio (Lunic, 2000) se evaluó la influencia de un tratamiento médico-psicológico integrado llevado a cabo en el ámbito de un Servicio Médico de la especialidad de reumatología, en pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC). Para tal efecto se creó un espacio llamado grupo de Calidad de Vida el cual se basa en la psicoeducación de principios psiconeuroendocrinoinmunológicos, en aspectos necesarios para mejorar la inserción social del paciente, manejo de situaciones de crisis y manejo de la problemática cotidiana (estrategias de afrontamiento), todo esto desde un enfoque que integra una visión psicoanalítica, terapia familiar sistémica constructivista y técnicas de terapia cognitivo conductual. Así mismo, se dieron a la tarea de observar si la intervención mencionada influye en la evolución de la enfermedad de base, su actividad y requerimientos farmacológicos.

El estado de actividad de la enfermedad fue registrado con los respectivos métodos: AR con el core set del American College of Rheumatology (ACR), LES con SLEDAI (Sistemic Lupus

Eritematosus Disease Index), SCL con compromiso de órgano, y FM con FIQ (Fibromialgia Index Questionnaire).

Se evaluó impacto de la enfermedad en la CV de las pacientes con SF36, depresión con Beck Depression Inventory (BDI), stress con Escala de Holmes modificada, la modificación realizada por la autora consiste en tomar los items de la escala que el paciente considere como estresores en el momento actual, no importa cuando hayan ocurrido. Se registró además concurrencia al grupo, cumplimiento del tratamiento, internaciones, desarrollo social y actividades fuera del hogar.

Se realizó un programa de ocho reuniones de Calidad de Vida, una cada 15 días de 1 hora y media de duración a cargo de una médica reumatóloga y terapeuta familiar sistémica de orientación constructivista utilizando TCC y una paciente entrenada previamente, que sirvió de modelo cercano, los 4 primeros meses.

En las reuniones se trabajó sobre conductas maladaptativas, (aislamiento, atención focalizada en la enfermedad, minusvalía, ineficacia, autoconmiseración, interrupción del ciclo vital) y su impacto en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, y en la vida diaria de las pacientes, entorno familiar, social, laboral y el normal desarrollo de las etapas evolutivas vitales. Se elaboraron en conjunto estrategias de afrontamiento para el estrés cotidiano y el producido por la enfermedad. Se trabajó la sensación de desamparo, ineficacia, temor, ansiedad y depresión. Se fijaron metas posibles y se evaluó adhesión al tratamiento, manejo de recursos personales, registro de las necesidades corporales, y resocialización (autorreporte de número de personas contactadas semanalmente además de convivientes).

Con respecto a los resultados obtenidos se observó una disminución significativa de ansiedad y de los niveles de depresión originales, se entendió esta disminución como correspondiente a una depresión reactiva por manejo inadecuado por parte del paciente, de su situación y por la enfermedad misma.

La percepción de las pacientes de su calidad de vida medida con el test genérico SF36, mejoró significativamente en los aspectos físicos que incluyen: función física(PF): esta evidencia su capacidad de realización de actividades de la vida diaria(AVD); rol físico(RP) que registra rendimiento o dificultad para el desempeño laboral o extra AVD.

Desde la percepción de la calidad de vida mental la respuesta fue : mayor socialización(SF), aspecto que contribuye a distraer la atención del dolor y la enfermedad, y proporcionar otros focos de interés; el rol emocional (RE) que es el grado en que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias. La mejoría se confirma con el test específico BDI de depresión.

Todos estos resultados que hablan de mejor calidad de vida y mayor manejo del estrés relacionado con la enfermedad, se vinculan con una considerable disminución en la actividad de la enfermedad evidenciado por el SLEDAI en el LES, el ACR Core Set en la AR y el FIQ en la FM respectivamente. En los dos pacientes con esclerodermia dado que se evalúa compromiso de órgano que una vez establecido no retrograda, se tomó como índice de éxito que no hubiera progreso de la enfermedad en el período evaluado, aunque a los efectos de conclusiones el número de pacientes y el período de tiempo son escasos.

Como conclusión, los autores afirman que el espacio creado (grupo de calidad de vida) como una instancia de aprendizaje, contención y de posible elaboración de la situación personal, familiar y social influenciada por enfermedades crónicas, permite además el tratamiento grupal, con ahorro de costos, lo cual influye en la calidad de vida del paciente, en la evolución de la enfermedad de base, su actividad y requerimiento de utilización de recursos.

Otro estudio (Greco, 2004) tuvo como objetivo determinar los efectos de un programa de reducción de estrés, sobre el dolor, la función psicológica y la función física en pacientes con LES, que experimentan dolor. El estudio se llevó a cabo con 92 pacientes a los cuales de manera aleatoria se les dividió para ser tratados con diferentes métodos: biofeedback y técnicas cognitivo

conductuales (BF/CBT), ayuda en la supervisión de síntomas (SMS) o asistencia médica general (UC).

La intervención BF/CBT incluyó en la parte de biofeedback, un protocolo de 6 sesiones utilizando biofeedback con electromiógrafo sonoro en el área del trapecio, relajación muscular progresiva y entrenamiento cognitivo conductual para control de dolor y estrés.

La intervención cognitivo conductual incluyó estrategias de solución de conflictos para hacer frente al dolor, para otros síntomas del lupus y para relacionarse con otros; el reconocimiento y alteración de los patrones de pensamiento automáticos maladaptativos que pueden contribuir a acrecentar el dolor y estrés; así mismo, se contemplaron tareas para casa, el uso de una cinta de audio con técnicas de relajación y el llenado de hojas de trabajo relacionadas con la identificación de estresores y habilidades de solución de problemas.

La intervención SMS consistió en 6 sesiones en las cuales se invitó en principio a los pacientes a reportar la historia de su enfermedad, los antecedentes familiares de su enfermedad y sobre los estresores del paciente actuales o pasados. El rol del terapeuta fue elicitación de la información y escuchar de manera empática pero evitando hacer sugerencias para el cambio o enseñar alguna estrategia para manejar el estrés y dolor. Las tareas para la casa incluyeron el monitoreo diario de los síntomas de lupus. Esta condición fue diseñada para controlar los efectos no específicos, tales como ventajas potenciales de recibir la atención del terapeuta.

Finalmente, las personas asignadas a la condición UC no recibieron ninguna intervención en el estudio, sino evaluaciones de seguimiento, en el mismo horario que participantes de BF/CBT y del SM.

Todos los participantes en cada uno de las condiciones del estudio continuaron con su asistencia médica general (como tomar las drogas antiinflamatorias, prednisona oral, etc.) sin restricciones.

Los resultados obtenidos, mostraron una reducción perceptiblemente mayor en el dolor y la disfunción psicológica en los pacientes tratados con BF/CBT, comparados con los pacientes de los otros 2 grupos. Así mismo el grupo de BF/CBT presentó una mejora perceptiblemente mayor en la función física percibida comparada con UC, la mejora relacionada con la SMS fue marginalmente significativa. Después de ocho meses, se llevó a cabo una nueva evaluación encontrándose nuevamente que la intervención BF/CBT continuó exhibiendo ventaja relativa comparada con la UC en el funcionamiento psicológico.

Como puede notarse, existen muy pocas intervenciones psicológicas documentadas que utilicen procedimientos cognitivo conductuales para dar atención a pacientes que conviven con LES y en este mismo sentido, ninguna llevada a cabo en población mexicana.

Las investigaciones en relación a la intervención en pacientes reumáticos, se han enfocado principalmente en la psicoeducación, los resultados demuestran que las mismas proporcionan una mejora significativa en la relevación del dolor, de la depresión y de la inhabilidad; sin embargo, otros autores sostienen que aunque los programas del psicoeducacionales mejoran perceptiblemente la situación de los pacientes con enfermedad reumática, es menos evidente qué tipo de programa trabaja mejor, con qué tipo de pacientes y en qué circunstancias.

Las investigaciones en relación a la autoeficacia, habilidades en solución de problemas y el apoyo social, arrojan datos en los cuales se ha encontrado que éstos son predictores de los estados psicológicos y de salud de pacientes con LES.

Con respecto a las intervenciones documentadas halladas, según los resultados aportados por los mismos, la relacionada con el grupo de Calidad de Vida y la cual es base para el tratamiento de pacientes de la Asociación Lupus Argentina (ALUA), no se basa específicamente

en terapia cognitivo conductual., así mismo en su protocolo no se describe a detalle el orden y los métodos utilizados para cubrir los objetivos, ni el por qué en cuanto a la selección de técnicas.

En cuanto a la intervención en donde se utiliza biofeedback y técnicas cognitivo conductuales, si bien reporta ventajas sobre el dolor, la función psicológica y la función física en pacientes con LES, deja de lado algunos otros aspectos de educación al paciente con respecto a su enfermedad.

En virtud de las condiciones reseñadas, el propósito del estudio de caso presentado en el presente informe consistió en explorar el efecto clínico de la educación para la salud, el entrenamiento social para el cuidado de la salud y el afrontamiento de la enfermedad sobre el dolor, el control de emociones y estados de tensión, a fin de contribuir con la disminución de la actividad y activación del lupus eritematoso sistémico.

DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Objetivo general.

Contribuir en la disminución de la actividad del lupus y el mantenimiento del paciente en una remisión clínica del Lupus Eritematoso Sistémico que le permita al paciente desarrollar sus actividades cotidianas con la dosis más baja posible de fármaco (dictaminadas por el médico) mediante el control de factores de riesgo (supervisión médica, control del estado emocional, toma de medicamentos, alimentación, ejercicio), con la finalidad de prevenir complicaciones agudas y crónicas derivadas de la actividad y activación de la enfermedad.

Con el fin de lograr dicho objetivo se elaboró un protocolo a impartirse de manera individual en aproximadamente 24 sesiones divididas en 7 etapas. El presente protocolo se apoya fundamentalmente en la estructura del **Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos** (PAPAECD) del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM (ver anexo de PAPAECD y su funcionamiento); está pensado para ajustarse a las necesidades y objetivos del paciente, de tal forma que el mismo puede no ser aplicado de igual forma a todos los pacientes; a partir de la evaluación pueden elegirse las sesiones que el terapeuta considere pertinentes a cada caso. Así mismo, es posible alterar la secuencia de las sesiones dadas las necesidades del paciente.

Criterios de inclusión.

- Tener diagnóstico médico de Lupus Eritematoso Sistémico.
- En caso de ser menor de edad, presentarse con un familiar.

Criterios de exclusión.

- Que el paciente necesite estar hospitalizado.
- Que existan manifestaciones neurológicas graves de la enfermedad.

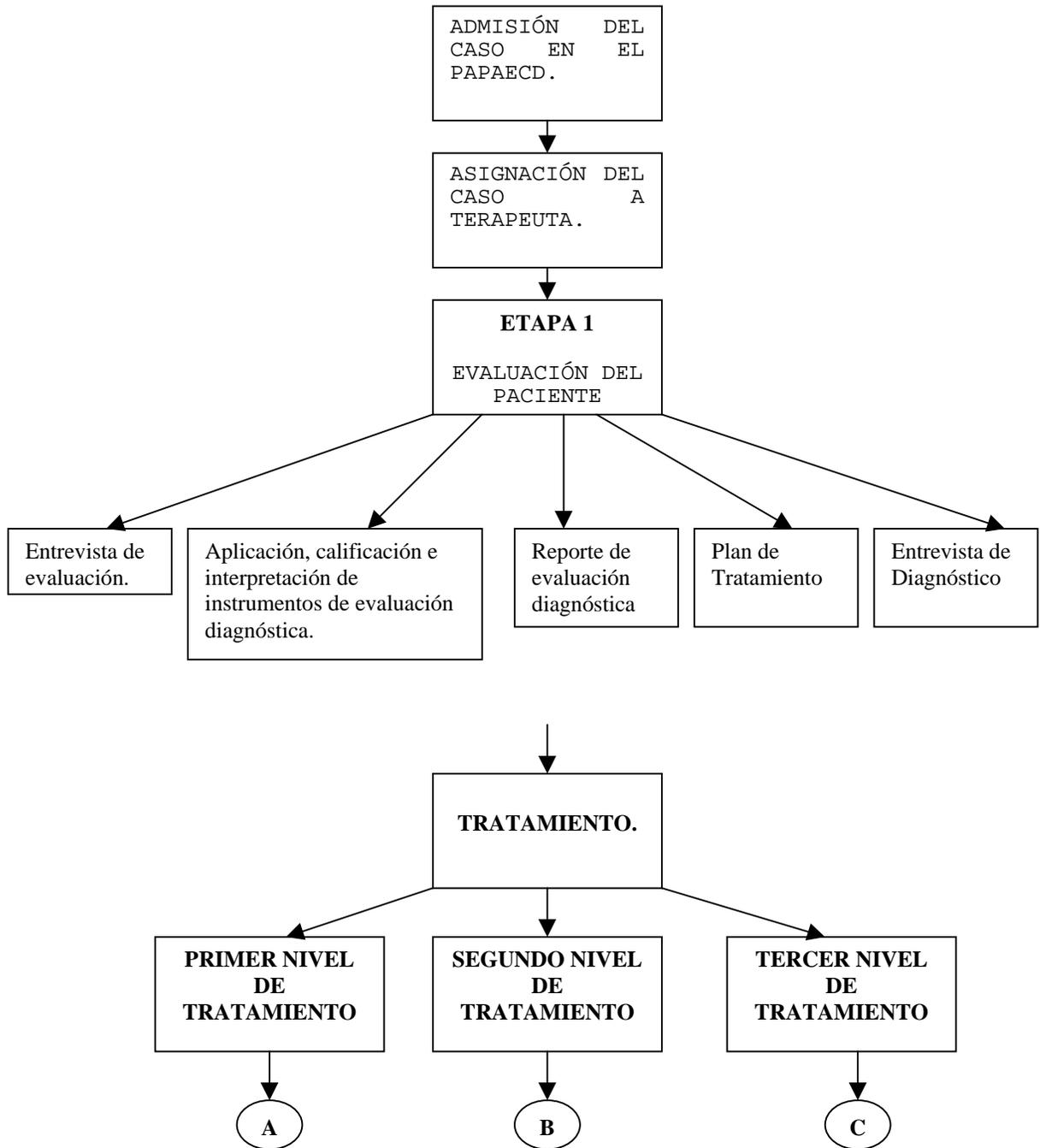
Procedimiento.

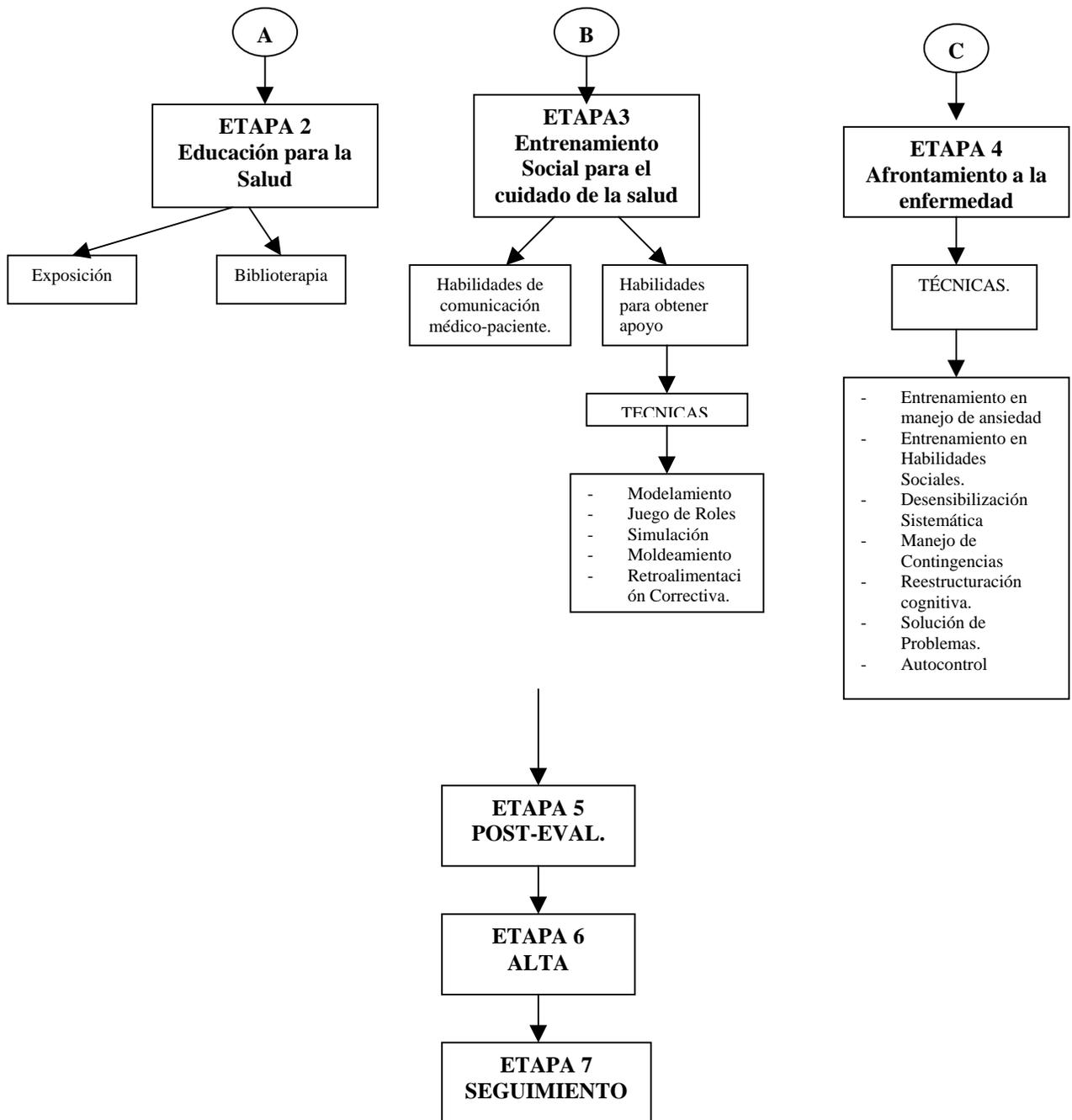
El PAPAECD, se encuentra diseñado para el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, y aunque la mayoría de los casos que se canalizan al programa no pertenecen a ese rubro, una de las funciones que tiene el profesional de la salud, es la de detectar la aparición de conductas de riesgo en los pacientes, con el fin de impedir o controlar la aparición de algún trastorno médico a largo plazo.

La enfermedad crónica, puede definirse como aquel trastorno orgánico funcional que persiste por largo tiempo y que obliga a una modificación en el estilo de vida del paciente. Dichas enfermedades, desencadenan problemas psicológicos que pueden complicar el manejo y trabajo médico, por lo cual, en muchos casos es necesaria la intervención del psicólogo .

Con el fin de dar atención efectiva a este tipo de problemas que se presentan en las enfermedades crónicas, el PAPAECD se encuentra lógicamente estructurado en una serie de etapas que inician a partir de la recepción de las solicitudes en el Programa hasta que se da de alta al paciente (Ver Figura 1).

Figura 1. Proceso de Atención del Programa de Atención a Enfermos Crónico Degenerativos.





ADMISIÓN.

Una vez que las solicitudes de los pacientes son recibidas en el Centro de Servicios Psicológicos, pasan por un proceso de admisión y después de un análisis exhaustivo, finalmente algunas de las mismas son canalizadas al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.

El Residente responsable (R-2) hace un análisis de cada una de las solicitudes y asigna al terapeuta que se hará responsable de cada uno de los casos.

Las solicitudes junto con una preconsulta (ver anexo PAPAECD y su funcionamiento) son registradas en una base de datos, así como el nombre del terapeuta al cual fue asignada, con el fin de llevar un control estricto de los casos.

El terapeuta responsable del caso, analiza los datos de la solicitud para estructurar posibles hipótesis en torno a la problemática del paciente, que sirvan de guía para la evaluación del paciente.

Etapas 1. Evaluación del paciente (1 a 3 sesiones).

Objetivo General: Acumular la información que nos sirva para hacer la formulación de cada caso o conceptualizarlo y poder descubrir las aptitudes de un paciente para lograr las metas de un tratamiento, es necesario llevar a cabo una evaluación cognitiva conductual.

La conceptualización de un problema permitirá al terapeuta entender por qué está ocurriendo el problema, cómo fue iniciado, cómo se ha mantenido, las posibles estrategias de

solución que el paciente ha elaborado, las formas en las que es posible prevenir su ocurrencia futura y las variables que deben ser monitoreadas para evaluar el impacto de la intervención. Es importante tomar en cuenta que en el caso de enfermedades crónicas es necesario integrar el conocimiento de los problemas psicológicos y médicos.

El proceso de evaluación cuenta con una serie de procedimientos , los cuales se describen a continuación.

Sesión 1. Entrevista de Exploración.

Objetivo específico: El paciente proporcionará información sobre la historia de su padecimiento y su estado psicológico actual por medio de una entrevista, con la finalidad de poder obtener una impresión diagnóstica del caso.

Técnicas: Entrevista de exploración.

Procedimiento: Si bien se cuenta ya hasta ese momento con una pre-consulta, la cual nos da idea acerca de la problemática, esta entrevista nos sirve para complementar la impresión y aclarar posibles dudas acerca del caso. Los pasos que se siguen en la entrevista de exploración son:

- Se recibe al paciente en la sala de espera y se le guía hasta el lugar en el cual se llevará a cabo la entrevista, una vez hecho esto, el terapeuta se presenta, indica que será quien esté a cargo de su caso y menciona al paciente que la entrevista tiene la finalidad de identificar su problemática de manera más detallada y así poder brindar un tratamiento que se ajuste a sus necesidades.
- Se corroboran los datos de identificación del paciente y se aborda el motivo de consulta expresado en la solicitud por el paciente y en la pre-consulta por el terapeuta que realizó la entrevista de primera vez., así como las características principales del problema que refiere. De ser

necesario, se investiga con mas detalle la frecuencia, topografía, intensidad, descripción de la primera vez que se presentó el problema y subsecuentes.

- Se explora de manera más detallada los intentos de solución realizados por el paciente y los resultados obtenidos.
- Así mismo, se investigan las áreas personales que han sido afectadas por la problemática expuesta.
- Se explora cómo se está manifestando la problemática actualmente.
- Se lleva a cabo la conclusión de la problemática expuesta, haciendo énfasis en la relación existente entre los problemas psicológicos y el estado de salud actual del paciente.
- Se cuestiona al paciente acerca de las expectativas que tiene del tratamiento psicológico.
- Se motiva al paciente relacionando sus expectativas con el tipo de tratamiento que se le puede proporcionar en el centro.
- De ser necesario y según el criterio del terapeuta, se pueden asignar tareas al paciente.
- Se pide al paciente exprese cualquier tipo de duda que tenga y en caso de ser necesario el terapeuta se encargará de despejarlas.
- Se cierra la entrevista indicando al paciente que la siguiente sesión se llevará a cabo una evaluación psicológica que coadyuvará a la construcción de un tratamiento idóneo, se indica la hora de la siguiente cita, así como la cuota por el servicio y se le entrega un carnet en el cual se registrarán las citas.

Una vez que es llevada a cabo la entrevista, los datos obtenidos son registrados en el formato de Entrevista de Exploración, así mismo se tiene que registrar la sesión en el formato de Nota Psicológica, en dicho formato

se registran cada una de las sesiones llevadas a cabo con los pacientes, y es fundamental pues mediante la misma, es posible verificar el adecuado curso del tratamiento, tanto para el terapeuta como para quien lo supervisa. Los apartados con los que cuenta dicho formato son:

- Descripción del problema: en donde se indica la impresión diagnóstica del caso.
- Objetivo de la intervención: donde se escribe el objetivo que se persigue en las intervenciones de cada sesión.
- Técnica de intervención: se tiene que indicar el tipo de técnica que se utilizó para conseguir los objetivos planteados.
- Procedimiento: en donde se describe a grandes rasgos en qué consistió la sesión y la manera en la cual se realizaron las actividades.
- Resultados: se describe si se cumplió el objetivo de la sesión y de qué forma.
- Recomendaciones: es un apartado que sirve al terapeuta como recordatorio acerca de las tareas dejadas al paciente.
- Observaciones: en este apartado se hacen anotaciones acerca de posibles necesidades dentro del tratamiento que no se habían considerado, anotaciones acerca de algo observado durante la sesión o cualquier tipo de recordatorio relacionado con el caso.

Finalmente, se registran los datos de la ficha de identificación del paciente en la Hoja Frontal que se coloca al inicio de cada expediente como referencia rápida de las características del caso(ver anexo de formatos para expediente) .

Sesión 2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica.

Objetivo específico: El paciente proporcionará información sobre su estado psicológico actual por medio de la contestación de instrumentos.

Técnica: Aplicación de instrumentos.

Procedimiento: Si bien, la aplicación de instrumentos psicométricos no es un proceso fundamental en el PAPAECD debido a las características de la terapia cognitivo conductual, es un hecho que los mismos nos pueden auxiliar cuando se sospecha de trastornos psicopatológicos graves que requieran además intervención psiquiátrica y en la obtención de una topografía de la conducta problema, en donde respuestas del paciente se analizan de manera más cualitativa que cuantitativa..

Se pedirá al paciente que conteste instrumentos para tener información sobre su estado emocional actual. Si el paciente es analfabeta, el terapeuta leerá las preguntas y anotará las respuestas proporcionadas verbalmente. Una vez aplicados los instrumentos se indicará al paciente que en la siguiente sesión se le proporcionarán los resultados de la evaluación.

En la Terapia Cognitivo Conductual, se pone énfasis en los síntomas que a consideración del paciente, más afectan su grado de funcionalidad, por tal motivo, se utilizan los registros de frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, registros de tensión corporal, registros descriptivos de estados emocionales disfuncionales a partir de cogniciones, sentimientos y conductas mediante el formato de Cadena cognitivo conductual, registros de Horario de Actividades, Registros de Medicamentos, registros de Control de Peso, los cuales además, nos permiten la evaluación continua a lo largo del tratamiento (Ver anexo de registros).

Recomendaciones: Pedir al paciente contestar los diferentes tipos de registro, en este sentido, se indicará al paciente cómo contestarlos para que los lleve a cabo durante la semana. En el caso de LES, nos interesa saber si existe dolor así como la frecuencia, intensidad y duración de los

síntomas, el registro de tensión corporal, estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Será importante para el terapeuta enfatizar la importancia que tiene contestar los registros. En caso de que no cuente con servicio médico se recalcará la relevancia que tiene el contar con tal servicio y se le pedirá que inicie la búsqueda.

Reporte de Evaluación Diagnóstica.

El reporte de evaluación diagnóstica, es el resultado de la información obtenida a partir de la entrevista de exploración, resultados de los instrumentos aplicados o de los registros elaborados.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de instrumentos psicométricos son registrados en el formato Modalidad de Tratamiento, en el cual se señalan qué instrumentos fueron aplicados, los datos cuantitativos, aspectos cualitativos a considerar y las propuestas de técnicas a utilizar (ver anexo de formatos para expediente).

Plan de Tratamiento.

El formato de Plan de Tratamiento es la guía del proceso de tratamiento, dicho formato cuenta en la portada, con los siguientes campos a rellenar (ver anexo de formatos para expediente):

- Datos de identificación.
- Diagnóstico Médico.
- Diagnóstico Psicológico.
- Objetivo del tratamiento.
- Modalidad y áreas de trabajo.

Así mismo, el formato cuenta con diferentes puntos como:

- Definición de la conducta objetivo: en donde se registran excesos, déficits y recursos cognitivo conductuales con los que cuenta el paciente.
- Métodos de recolección de información: en este apartado se indica la forma en la cuál se detectará la frecuencia de las conductas objetivo.
- Análisis funcional de la conducta: en este apartado se registran las conductas y/o pensamientos que preceden y siguen a la conducta objetivo, así como las recompensas o ganancias secundarias por mostrar dicha conducta..
- Motivación para el cambio: se indican los aspectos que cambiarían de darse una transformación en la conducta objetivo, tanto para el paciente como para las personas involucradas en su problemática (familia, amigos, personal médico). Así mismo se mencionan los reforzadores que posiblemente pudiesen apoyar el cambio en la conducta objetivo.
- Personas significativas para el paciente: en donde se indica si existen personas dentro de la red social del paciente que puedan colaborar con el tratamiento.
- Factores que mantienen el problema: se identifican los aspectos ambientales o psicológicos que contribuyen al mantenimiento de la conducta objetivo, con el fin de poder implementar técnicas para modificarlos.
- Programa de intervención: es aquí donde se estructuran los objetivos generales y específicos , así como las técnicas, procedimientos y

actividades para cada área en la que el paciente se encuentra afectado.

- Evaluación del programa de intervención: se especifica el monitoreo, la programación del mantenimiento del cambio de conducta, los resultados y la satisfacción con respecto al tratamiento. Esta información es útil para el terapeuta, pues le sirve como retroalimentación y como base para reproducir tratamientos similares para poblaciones específicas.

Sesión 3. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento.

Objetivo específico: El paciente estará informado sobre su situación actual, el plan de tratamiento y se encontrará motivado para llevarlo a cabo.

Técnicas: Entrevista de diagnóstico, entrevista motivacional.

Procedimiento: Una vez que se ha llevado a cabo la Evaluación del paciente, así como la conformación de un Plan de Tratamiento, se cita nuevamente al paciente.

En ese momento se pedirán los registros y se le explicarán los resultados obtenidos en la evaluación, se explica de qué manera se relaciona la problemática con el impacto en cada una de las áreas de su vida, los factores de riesgo que se están presentando para el descontrol de su padecimiento (para este fin se pueden utilizar los registros elaborados por el paciente) haciendo notar sus necesidades; así como la forma en la cual se pueden realizar modificaciones basados en un tratamiento estructurado.

Es en este momento que se hace una propuesta de cómo se trabajará en la terapia, pudiendo planificar tanto terapeuta, como paciente qué se abordará primero; igualmente se explican los objetivos que se buscan y los estadios del tratamiento, la duración y de qué forma sus necesidades pueden estar cubiertas. Todo esto deberá incluir información verídica sobre su

enfermedad. El terapeuta además puede apoyarse con una descripción en forma de presentación por computadora, hacer la descripción por escrito en hojas o en un pizarrón, asegurando con preguntas que el paciente está comprendiendo la explicación.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

En caso de que la problemática del paciente requiera además de otro tipo de atención especializada, también se le explican las razones y en caso necesario se lleva a cabo una intervención con el fin de despejar las posibles dudas que el paciente pueda tener al respecto y se lleva a cabo su canalización. Se termina de establecer el encuadre: cuál será la frecuencia de las sesiones y cómo será el trabajo fuera del espacio terapéutico y se establece un contrato con el paciente, en donde éste acepta lo acordado durante la sesión.

TRATAMIENTO.

Los Tratamientos que se brindan dentro del PAPAECD, cuentan con una base general, la cual se divide en tres niveles de atención. El tratamiento que se brinda al paciente dependerá de las necesidades específicas que tenga, de tal forma, que no en todos los casos se incluyen los tres niveles.

Etapas. Educación para la salud (6 sesiones).

(Primer Nivel de Tratamiento del PAPAECD).

Sesión 1. Síntomas de la enfermedad.

Objetivo general: El paciente identificará el proceso de su enfermedad para comprender la relación existente entre los mecanismos fisiológicos y los síntomas que presenta.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento acerca del mismo y dirigir sus respuestas hacia la explicación correcta. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 2. Factores que intervienen en la presencia y activación del LES.

Objetivo específico: El paciente identificará los factores (genéticos, hormonales, ambientales, farmacológicos, infecciosos e inmunológicos, psicológicos) que intervienen en el inicio y activación del LES.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento acerca del mismo y dirigir sus respuestas hacia la explicación correcta. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 3. Complicaciones del Lupus Eritematoso Sistémico.

Objetivos específicos:

- El paciente identificará las complicaciones en el LES.

- El paciente identificará los factores de riesgo a los que se expone en su vida cotidiana relacionados con exposición a los rayos ultravioleta, control emocional, toma de medicamentos, alimentación, ejercicio.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento acerca del mismo y dirigir sus respuestas hacia la explicación correcta. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 4. Importancia del tratamiento médico en LES.

Objetivos específicos:

- El paciente identificará la relevancia de su tratamiento médico.
- El paciente identificará los 4 niveles principales para el tratamiento de LES (genético, inmunovigilancia, síntesis de anticuerpos y citotoxicidad celular, el control de las manifestaciones clínicas).
- El paciente identificará los exámenes necesarios para llevar un control médico de su padecimiento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento acerca del mismo y dirigir sus respuestas hacia la explicación correcta. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Pedir al paciente que pregunte a su médico la información acerca de actividad de la enfermedad (las puntuaciones obtenidas del SLEDAI). Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 5. Importancia del tratamiento farmacológico en LES.

Objetivos específicos:

- El paciente reconocerá el tipo de medicamentos utilizados en el tratamiento para LES.
- El paciente identificará los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- El paciente reconocerá las conductas de riesgo en la toma de medicamentos tales como automedicación, sobredosis, no ingesta del medicamento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se pedirá al paciente que menciona los medicamentos que le fueron indicados para su tratamiento médico y se le explicará la clasificación de estos en función del efecto que tienen. Así mismo, se le pedirá enumerar los problemas que se pueden presentar en la toma de medicamentos y los efectos que pueden ocasionar en su padecimiento. En caso de que el paciente presente dificultades para llevar a cabo esta tarea, el terapeuta puede explicar la pertinencia de vigilar las circunstancias que pueden tener efectos adversos en el organismo. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 6. Importancia de la dieta y nutrición en LES.

Objetivo específico: El paciente identificará la importancia de una buena nutrición para su padecimiento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se mostrará la presentación al paciente y se explicarán cada uno de los factores que intervienen en la alimentación y sus consecuencias en el padecimiento. El terapeuta tendrá que asegurarse por medio de preguntas, que el paciente esté comprendiendo las explicaciones. Puede entregarse al final un folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Etaa 3. Entrenamiento social para el cuidado de la salud (2 sesiones).

(Segundo Nivel de Tratamiento del PAPAECD)

Objetivo general: Que el paciente adquiera habilidades de comunicación para poseer información suficiente acerca de su tratamiento médico y obtener apoyo social.

Sesión 1. Preguntar al médico.

Objetivo específico: Que el paciente identifique los elementos que desconoce de su tratamiento médico y elabore preguntas para hacerle al médico que le ayuden a tener información completa del mismo.

Técnicas: Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Material: hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: El terapeuta hará preguntas al paciente acerca de su tratamiento médico. Las preguntas que el paciente no pueda responder las tendrá que escribir en una hoja de papel. Por otra parte, se pedirá al paciente que simule estar en la consulta médica y que formule al médico las preguntas que escribió. El terapeuta debe estar atento a que la ejecución del paciente sea satisfactoria, en caso de que no lo sea, el terapeuta adoptará el papel del paciente y ejecutará la conducta para que el paciente la replique; ya en esta ejecución le puede hacer indicaciones al paciente para mejorarla y finalmente reforzar positivamente al paciente cuando haya logrado el objetivo. En caso de detectarse dificultades en la relación entre el paciente y el médico, el terapeuta puede destinar una sesión más para entrenarlo en las habilidades en las cuales presenta déficits que pudieran obstaculizar una comunicación adecuada.

Recomendaciones: Proponer al paciente hacer las preguntas a su médico tal y como se trabajó en la sesión y anotar los logros y posibles dificultades presentadas al momento de hacerlo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 2. Obtención de apoyo de otros.

Objetivo específico: Que el paciente identifique a las personas más cercanas con el fin de recibir apoyo.

Técnicas: Entrenamiento en habilidades sociales. Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Material: hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: El terapeuta hará preguntas al paciente acerca del por qué podría considerarse de utilidad contar con el apoyo de otras personas relacionándolo con su padecimiento. Enseguida el terapeuta retomará lo mencionado por el paciente y ampliará la información con respecto a la importancia de que el paciente cuente con el apoyo de otras personas. Se pedirá al paciente enumere a cada una de las personas con las que convive diariamente y se le preguntará acerca de la viabilidad de que éstas puedan apoyarlo y en qué podrían hacerlo. El terapeuta debe preguntar

al paciente si éste puede pedir a las personas mencionadas lo apoyen en lo que necesita y de qué manera lo harían. En caso de que el paciente haga alusión a posibles déficits al momento de relacionarse con otras personas, el terapeuta adoptará el papel del paciente y ejecutará la conducta para que el paciente la replique; ya en esta ejecución le puede hacer indicaciones al paciente para mejorarla y finalmente reforzar positivamente al paciente cuando haya logrado el objetivo. En caso de detectarse dificultades en la relación con otros, el terapeuta puede destinar otras sesiones (el terapeuta considerará las habilidades que el paciente necesita) para entrenarlo en las habilidades en las cuales presenta déficits que pudieran obstaculizar el que el paciente pueda recibir el apoyo de otros.

Recomendaciones: Proponerle al paciente llevar a cabo la obtención de apoyo de otros y anotar los logros y posibles dificultades para llevarlo a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Etapas 4. Entrenamiento en conductas de autocuidado (5 sesiones.).

Objetivo general: Que el paciente aprenda un modelo de solución de problemas con el fin de poder aplicarlo en la adquisición de habilidades conductuales relacionadas con toma de medicamentos, seguimiento de una dieta, hacer ejercicio físico, evitar exposición al sol.

Sesión 1. Modelo de solución de problemas.

Objetivo específico: El paciente aprenderá un modelo de solución de problemas.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora, láminas informativas o pizarrón, papel y lapiz.

Procedimiento: El terapeuta explicará al paciente la importancia que tiene el aprendizaje de un modelo de solución de problemas. Se puede tomar como apoyo cualquiera de los registros elaborados por el paciente en donde se note que existe dificultad, para que sirva de ejemplo al

momento de explicar al paciente cada uno de los pasos del modelo. Conforme se van explicando cada uno de los pasos, se pedirá al paciente vaya solucionando el ejemplo elegido en una hoja, el terapeuta tendrá que ir revisando la objetividad y viabilidad de lo que va generando el paciente, en caso contrario habrá que hacérselo notar y ayudar a generar otras.

Recomendaciones: Traer por escrito la definición del problema más significativo para el paciente y que anote las posibles dificultades para llevarlo a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 2. Modelo de solución de problemas.

Objetivo específico: El paciente aprenderá un modelo de solución de problemas.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora, láminas informativas o pizarrón, papel y lapiz.

Procedimiento: Se pedirá al paciente la definición del problema, se preguntará acerca de las posibles dificultades para llevar a cabo la definición con la finalidad de que el terapeuta pueda auxiliarlo. Enseguida se le pedirá al paciente recuerde cada uno de los pasos para darle solución al problema propuesto y vaya registrando lo pertinente relacionado con el problema, el terapeuta tendrá que supervisar la elaboración de la solución por parte del paciente.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 3. Toma de medicamentos utilizando modelo de solución de problemas.

Objetivo específico: El paciente adquirirá habilidades para la toma de medicamentos.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Pastilleros de diferentes tipos.

Procedimiento: Se recordará al paciente la importancia de la toma de medicamentos para el control de su padecimiento. Enseguida apoyándonos en el registro del paciente de toma de medicamentos, se pedirá que mencione el esquema de toma de medicamentos; se pedirá que recuerde cuáles han sido los obstáculos que se le han presentado para la toma adecuada de los mismos. En este sentido, se le pedirá genere alternativas para dar remedio a este tipo de situaciones; en caso de que el paciente tenga dificultad para hacerlo, el terapeuta puede poner ejemplos como: colocar los medicamentos en un lugar asociado a la hora en la que tiene que tomarlos (en el buró, cocina, auto, etc.), pueden mostrarse los diferentes tipos de pastilleros que existen en el mercado o, en caso de falta de recursos económicos hacer propuestas para la obtención de medios económicos. De estas alternativas, el paciente puede elegir las más convenientes para ponerlas en práctica. En caso de que las estrategias elegidas no surtan resultados satisfactorios, tendrá que dedicarse otra sesión más a este tema.

Recomendaciones: Poner en práctica las estrategias elegidas para la toma de medicamentos y anotar las posibles dificultades para llevarlas a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 4. Evitar la exposición al sol utilizando modelo de solución de problemas.

Objetivo específico: El paciente generará alternativas que le ayuden a evitar la exposición a los rayos solares.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora o láminas informativas.

Procedimiento: El terapeuta explicará al paciente los riesgos de exponerse a los rayos solares. Enseguida apoyándonos en el registro del paciente de actividades cotidianas, se detectarán aquellas situaciones en las cuales el paciente tenga que exponerse al sol cotidianamente, se preguntará qué tipo de medidas lleva a cabo para protegerse, en caso de que el paciente no haya

considerado ninguna, se le pedirá genere alternativas para dar remedio a este tipo de situaciones; en caso de que el paciente tenga dificultad para hacerlo, el terapeuta puede poner ejemplos como: utilización de bloqueadores, sombreros, sombrillas, etc. De estas alternativas, el paciente puede elegir las más convenientes para ponerlas en práctica. En caso de que las estrategias elegidas no surtan resultados satisfactorios, tendrá que dedicarse otra sesión más a este tema.

Recomendaciones: Poner en práctica las estrategias elegidas para evitar la exposición a los rayos solares y anotar las posibles dificultades para llevarlas a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 5. Rutina de ejercicio utilizando modelo de solución de problemas.

Objetivo específico: El paciente reconocerá la importancia de realizar una rutina de ejercicio para ayudar a aumentar independencia, a mejorar el humor, a disminuir dolor, a aumentar flexibilidad, a mejorar el flujo de la sangre, a mantener el peso apropiado y a promover buena salud en general.

Técnica: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora o láminas informativas.

Procedimiento: El terapeuta explicará al paciente la importancia de realizar una rutina de ejercicios. A continuación se pedirá al paciente que enumere las características del tipo, duración y frecuencia recomendado por su médico, en caso de que éste aún no lo haya hecho, se pedirá al paciente lo consulte con su médico. A partir de lo anterior se pedirá al paciente que genere alternativas para llevar a la práctica su rutina de ejercicio (caminar en un parque, asistir al gimnasio, reunirse con amistades o familiares para hacer ejercicio, etc.), haciendo énfasis en aspectos relacionados con el tipo de calzado apropiado para evitar lesiones y realizar ejercicio moderado.

Recomendaciones: Poner en práctica las estrategias elegidas para llevar a cabo rutina de ejercicios y anotar las posibles dificultades para llevarlas a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales,

cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Etapas 5. Afrontamiento a la enfermedad (6 sesiones).

(Tercer Nivel de Tratamiento del PAPAECD)

Objetivo general: Que el paciente adquiera estrategias para el manejo de sus estados emocionales con la finalidad de mantener conductas saludables y evitar la sintomatología y brotes de LES.

Sesión 1. Falsas creencias acerca del LES.

Objetivo específico: El paciente modificará las creencias irracionales sobre el LES que estén vinculadas con estados emocionales disfuncionales y las contrastará con información científica con el objeto de mantener las conductas saludables en el control de su enfermedad.

Técnicas: Reestructuración cognitiva, diálogo socrático, exposición didáctica.

Material: Presentación por computadora, láminas o folletos, hojas de registro, pizarrón.

Procedimiento: El terapeuta tendrá que identificar las creencias irracionales que se hayan presentado durante las sesiones anteriores mediante los registros del paciente y las conjuntará en esta, presentándoselas al paciente. Por ejemplo “el lupus es una enfermedad fatal”. El terapeuta expondrá el por qué es falsa esta creencia o tendrá que guiar al paciente por medio de preguntas a la respuesta adecuada, por ejemplo, “si el lupus es fatal entonces ¿por qué algunos estudios muestran que muchas personas pueden llevar su vida casi de manera normal y muchos otros llegan a tener una remisión total de la enfermedad?”. Esta sesión es importante porque se resolverán dudas que el paciente tenga acerca de su padecimiento y que pudiesen estar en un futuro obstaculizando el seguimiento de las indicaciones médicas.

Recomendaciones: Sugerir al paciente pensar en otras preguntas en las cuales tenga duda con respecto a su padecimiento que aún no hayan quedado claras y anotarlas. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados

emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 2. Identificación de estados emocionales disfuncionales y su relación con la sintomatología y brotes de LES.

Objetivo específico: El paciente identificará la relación entre estados emocionales disfuncionales con los síntomas y los brotes de la enfermedad y utilizará el modelo de solución de problemas para controlar estados emocionales.

Técnicas: Exposición didáctica , Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora o pizarrón.

Procedimiento: Apoyándose en los registros del paciente, el terapeuta analizará el registro con base en la frecuencia de cada uno de los pensamientos registrados, emociones descritas y conductas. El terapeuta asociará esta información con los síntomas y/o brotes de LES, para lo cual, puede dar una breve explicación sobre el efecto fisiológico de las emociones en el dolor, fatiga y actividad del LES; dicha explicación puede apoyarse con una presentación o en el pizarrón. El paciente podrá recordar lo visto durante la fase de educación para la salud, en caso contrario, el terapeuta lo auxiliará con preguntas guiadas sobre este tema. Utilizando las hojas de registro, se mostrará al paciente cómo están influyendo sus propios pensamientos en sus estados emocionales y si hay dificultad para que el paciente se de cuenta de ello, el terapeuta puede valerse de ejemplos, que permitan al paciente ver de manera más clara la influencia que tienen los pensamientos en los estados de ánimo y conductas.

Recomendaciones: Se propondrá al paciente utilizar el modelo de solución de problemas para ayudarlo a modificar los eventos que al paciente le resultan conflictivos, analizando la conveniencia de cambiar la actitud o la naturaleza del problema, así mismo, se le pedirá anotar las dificultades para aplicar el modelo en ciertos eventos. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 3. Entrenamiento en relajación.

Objetivo específico: Enseñar al paciente la respiración profunda como una forma de relajación, con el fin de evitar sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: técnica de respiración profunda, modelamiento.

Materiales: Presentación por computadora o láminas informativas.

Procedimiento: Explicar al paciente mediante una presentación, la importancia de estar relajado para controlar estados emocionales disfuncionales y a su vez el control de la sintomatología o brotes de la enfermedad, así mismo se explicará cómo es que la relajación induce a un estado incompatible con los estados emocionales disfuncionales. A continuación el terapeuta explicará al paciente cómo llevar a cabo la respiración profunda y le pedirá llevarla a cabo, el terapeuta tendrá que ir modelando los diferentes ejercicios de Inspiración abdominal, Inspiración abdominal y ventral, Inspiración abdominal, ventral y costal, Espiración, Ritmo inspiración-espriación.

Recomendaciones: Pedir al paciente practicar estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.) y que practique la respiración profunda en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, etc., así mismo, pedirle anote las posibles dificultades para llevarla a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 4. Entrenamiento en relajación.

Objetivo específico: Enseñar al paciente la relajación progresiva con el fin de evitar sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: técnica relajación progresiva, modelamiento.

Procedimiento: El terapeuta explica al paciente que el entrenamiento en relajación progresiva consiste en aprender a tensar y luego relajar secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo; que además de enseñarle como relajarse, también aprenderá a reconocer y discriminar la tensión y la relajación. El terapeuta debe hacer énfasis en que sin la cooperación activa y la práctica regular por parte del paciente, los procedimientos serán de poca utilidad. Así mismo se explica al paciente que mediante la relajación progresiva, aprenderá a producir reducciones de tensión mayores y más evidentes y la mejor manera de hacerlo esto es producir primero bastante tensión en el grupo de músculos. A continuación el terapeuta pedirá al paciente adoptar una posición cómoda y mediante el modelamiento, indicará al paciente cómo llevar a cabo cada una de las fases de la relajación progresiva así como la mejor manera para tensar cada grupo muscular, cada una de las fases, deben ir acompañadas con preguntas como “¿puede sentir la tensión ahí, ahora?”, “¿puede sentir la diferencia entre tensión y relajación ahora?”, etc.

Recomendaciones: Pedir al paciente practicar estos ejercicios en casa y anotar las posibles dificultades para llevarlos a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 5. Inhibir la ansiedad.

Objetivo específico: Enseñar al paciente a enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional (como ansiedad e irritabilidad) con el fin de evitar sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: Desensibilización sistemática.

Materiales: Pizarrón u hojas de papel y lápiz

Procedimiento: El terapeuta explicará al paciente el objetivo de la sesión y apoyándose en los registros realizados por el paciente, le pedirá elaborar una lista de situaciones que le produzcan malestar emocional, y ordenarlas en función del grado o intensidad emocional que le produzcan (0-100). El terapeuta hará notar que dicha lista lleva a una jerarquía de situaciones, ordenadas de

menor a mayor, o viceversa, en función de su intensidad. A continuación se le pedirá al paciente adopte una posición cómoda y cierre los ojos, se hará alusión a la situación que el paciente jerarquizó como de menor malestar emocional y se le pedirá que imagine esa escena, que la analice con detenimiento y que recuerde cómo se sintió la última vez que ocurrió o que se imagine cómo reaccionaría si aún no hubiese pasado por ella. Se le pedirá al paciente que indique el momento en el cual vea y viva con claridad en su mente dicha escena y note cierto malestar; en ese momento se le pedirá que la aparte momentáneamente y practique la respiración profunda y suelte los músculos que note tensos. Se pedirá al paciente que repita el procedimiento las veces necesarias hasta poder imaginar esa escena con suficiente tranquilidad. Cuando el paciente logre hacerlo se seleccionará la siguiente escena o situación de la lista de mayor dificultad en función de su puntuación de malestar, y se repetirá el mismo procedimiento.

Recomendaciones: Pedir al paciente practique en casa el procedimiento visto en la sesión y anote las posibles dificultades presentadas para llevarlo a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 6. Inoculación al estrés.

Objetivo específico: Enseñar al paciente a enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional mediante la elaboración de pensamientos o diálogo interno con el fin de evitar sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: Detección de pensamientos automáticos y manejo de pensamientos automáticos.

Materiales: Registros de pensamientos, hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: El terapeuta, apoyándose en los registros del paciente hará alusión a los diversos tipos de pensamientos automáticos del paciente y recordará al paciente la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo y las conductas. En esta parte, es necesario que el terapeuta procure que el paciente aprenda una serie de pensamientos o diálogo interno que le ayuden a contrarrestar los posibles pensamientos negativos que le aparezcan en las situaciones que

jerarquizó, para lo cual el terapeuta puede ayudar al paciente a preparar una lista de pensamientos con el fin de que los repita mentalmente ante las situaciones que le provocan malestar. Dicha lista deberá contemplar pensamientos relacionados con: preparación para la situación antes de que ocurra (“poco a poco lograré dominar esta situación”), enfrentarse a la situación de malestar (“ya sabía que esto iba a ocurrir y puedo dominarlo”), manejar los sentimientos de malestar que se produzcan (“voy a respirar profundamente, soltaré la tensión”), recompensarse y animarse por la tarea (“lo estoy consiguiendo, lo hice muy bien!”).

Recomendaciones: Pedir al paciente seleccionar sus propios pensamientos para enfrentar las situaciones y una vez hecho esto recorra la jerarquía paso a paso construida en la sesión y mientras lo haga se imagine pasando por las distintas fases, repitiéndose los pensamientos seleccionados (preparación para la situación antes de que ocurra, tomando contacto con la situación, tomando contacto con las emociones y recompensándose por enfrentar la situación y el malestar) y que los combine con la relajación, así mismo, anotar las posibles dificultades para llevar la tarea a cabo. Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Etapas 6. Postevaluación (1 sesión).

Objetivo específico: El paciente con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico será evaluado una vez concluido el tratamiento con la finalidad obtener información acerca de su estado psicológico actual, de los conocimientos y habilidades adquiridos para comprobar la efectividad del tratamiento.

Técnica: Aplicación de instrumentos, entrevista

Materiales: Cuestionarios de evaluación.

Procedimiento: Se pedirá al paciente que conteste instrumentos con el fin de obtener información acerca de su estado psicológico actual y se evaluará mediante una entrevista los conocimientos adquiridos para comprobar la efectividad del tratamiento.

El terapeuta deberá calificar los instrumentos y comentar con el paciente los resultados obtenidos. Se indagará acerca de los aprendizajes del paciente y las posibles dudas del paciente con respecto al tratamiento impartido y se le explicará la siguiente etapa del tratamiento (seguimiento). Se citará al paciente en un mes.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Etapa 7. Seguimiento (3 sesiones).

Objetivo específico: El paciente con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico será evaluado mediante entrevista clínica, en relación al control de los factores de riesgo para el cuidado de su padecimiento para verificar el mantenimiento cognitivo conductual.

Procedimiento: Se revisarán los registros del paciente y se le pedirá indicar si ha tenido dificultades para continuar con los cuidados para el control de su padecimiento. En caso de existir una recaída se explicará al paciente que ese episodio forma parte del proceso de cambio y es una oportunidad para aprender sobre las circunstancias que intervienen en ese evento. Se explicará que se proporcionarán sesiones de reforzamiento específicas para manejar y superar la recaída. En caso de que el paciente haya mantenido el control de factores de riesgo, se reforzará positivamente y citará en el lapso de tiempo que el terapeuta considere pertinente.

Recomendaciones: Continuar con registros de la frecuencia, intensidad y duración de dolor, tensión corporal, el registro de estados emocionales, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

CASO CLÍNICO.

DATOS GENERALES.

Nombre: M.E.A.C.

Edad: 42 años

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Casada.

Nivel Educativo: Bachillerato inconcluso.

Ocupación: Ama de casa.

Motivo de Consulta: La paciente pidió la atención psicológica debido a que se sentía sin motivo para vivir, también reportó problemas de estrés, enojo y depresión debido a un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, el cual cada vez le hacía sentirse peor.

Sesión 1. Entrevista de Exploración. (18/06/04)

Objetivo específico: Obtener información sobre la historia del padecimiento y el estado psicológico actual por medio de una entrevista, con la finalidad de poder obtener una impresión diagnóstica del caso.

Técnicas: Entrevista de exploración.

La paciente se presenta a la entrevista en regulares condiciones de aliño y manifestando enojo debido al tiempo que había tenido que esperar antes de que se le entrevistara. Menciona que el motivo por el cual asiste al Centro es debido a que tiene una enfermedad llamada Lupus Eritematoso Sistémico y que cada día se siente peor. "lloro por todo, estoy muy histérica y agredo a mis hijos...la verdad no encuentro sentido a mi vida. No estoy bien con mi familia, ya no me importa atender a mis hijos ni a mi esposo, no me importa comer y me siento muy sola" (sic. pac).

Evolución del padecimiento.

El diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico se realizó hace 3 años (en el año 2001) acudió al médico debido a que le aparecieron manchas en las mejillas y la nariz, además presentaba debilidad, falta de apetito, náuseas, pérdida de peso, dolor en las articulaciones, pérdida de cabello, dolores de cabeza constantes y moretones en diversas partes del cuerpo sin causa aparente. La paciente recuerda que le hicieron diversos análisis para finalmente darle el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, a los pocos meses le dieron diagnóstico de reumatismo (relacionado con LES) "lo cual me generó los primeros síntomas de depresión" (sic. pac).

El médico le recetó en un principio para controlar el dolor e inflamación aspirina o advil, antes de saber el diagnóstico. Una vez hecho el diagnóstico de LES se le recetó Prednisona 60mg (1-0-0), Aralen 1g. (1-0-0) y Metoclopramida 10mg (1-0-0). La paciente abandonó el tratamiento más o menos a los 7 meses debido a que comenzó a presentar problemas de acné, debilidad y cansancio, náuseas, mareos, somnolencia, aumento de peso, aumento de apetito, dolores de cabeza y cambios en el estado de ánimo; una vez que dejó los medicamentos notó que algunos de los síntomas desaparecían por lo que decidió tomar en casos de mucho dolor únicamente aspirina. La paciente no volvió a acudir a sus citas con el médico a pesar de sentir en ocasiones demasiado malestar físico, comentando que mas o menos con las aspirinas podía ir sobrellevando su padecimiento además de que "le daba pena" (sic. pac) acudir al médico después de tanto tiempo de no hacerlo.

Acudió con un psiquiatra para tratar la depresión, el cual le recetó fluoxetina 20mg (0-0-1) Diazepam 2mg. (0-1-0) y Ativan 0.5mg (0-0-1), así mismo la paciente refiere que el psiquiatra le recetó lexotan 3mg para poder dormir. Cabe señalar que la paciente no mencionó al psiquiatra su diagnóstico de LES. La paciente abandonó el tratamiento psiquiátrico a los dos meses debido a que se sentía nerviosa, con dificultad para dormir y con sensación de boca seca y menciona que volvió a tomarlo al mes y lo abandonó nuevamente después de 1 mes por las mismas razones que en un principio. El tratamiento con lexotan lo siguió por 2 meses y lo abandonó debido a que en

ocasiones sentía mejoría y únicamente lo siguió tomando cuando padecía de insomnio. La paciente dejó de asistir a sus citas con el psiquiatra y en ocasiones toma los medicamentos prescritos por algunos días o semanas y los abandona.

La paciente menciona “tomo cualquier fármaco que tenga a la mano y dosis altas de lexotan sin control médico”, “muchas veces me encuentro preocupada debido a que no sé si el no tomarme los medicamentos para mi enfermedad pueda traerme consecuencias y me pongo ansiosa pensando en eso y medio tomo los medicamentos aunque otras veces la verdad ya me vale y vuelvo a dejarlos” (sic. pac.).

En cuanto a la alimentación, la paciente refiere llevar un régimen alimenticio que califica como malo, pues en ocasiones no come porque no le da hambre y otras come en exceso lo cual atribuye a estar demasiado nerviosa, menciona no haberse practicado ningún tipo de estudio sanguíneo para saber sus niveles de colesterol, glucosa y triglicéridos.

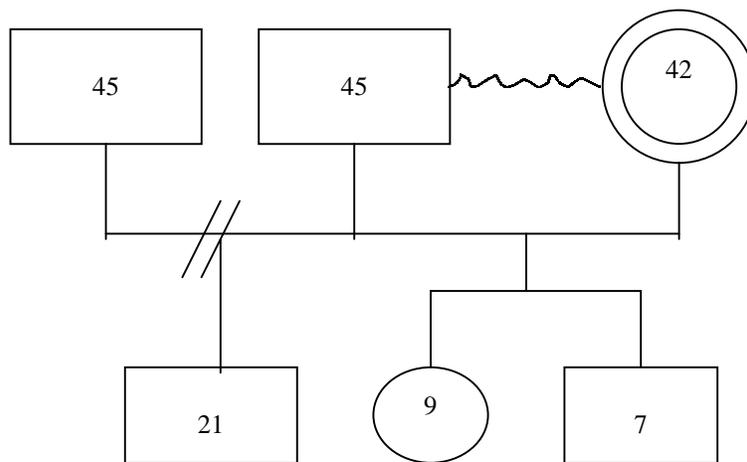
En relación a la actividad física, la paciente refiere no llevar a cabo ningún tipo de ejercicio y muchas veces permanece en cama por sentirse sin ánimos para hacer nada y en otras, el dolor le impide realizar sus actividades cotidianas.

Su estado de ánimo lo describe como muy irritable por lo general, enojada y triste; en ocasiones duerme todo el día, se encuentra desmotivada, sin apetito, con llanto fácil y refiere haber dejado de hacer sus labores domésticas.

La reacción de su familia, según reporta la paciente es de “poca preocupación”. La paciente vive con su esposo y 3 hijos (ver figura 2). Siente que su esposo no le da importancia y no la toma en cuenta, lo cual la hace sentir sola y triste, así mismo refiere tener poca vida sexual con su esposo debido a baja libido y que en ocasiones cuando llega a tener relaciones sexuales mas bien es por complacer a su pareja aunque ella no lo disfrute. Con respecto a sus hijos, menciona

que es tensa la relación con ellos pues todo el tiempo se la pasa gritándoles o los golpea y que quizá esta sea una razón para no tener buena comunicación con ellos y que ellos no le tengan tanta confianza. Finalmente la paciente menciona que requería algo extra además de ser ama de casa para ser feliz, pero que su esposo no le permite trabajar.

Fig. 2. Familiograma de la paciente.



Una vez finalizada la entrevista, la paciente mencionó: “se que mi vida está hecha un relajo y cada vez pierdo más el control, es por eso que decidí venir a tomar terapia psicológica para ver si pueden ayudarme a sentirme mejor....la verdad es que no quiero acabar tan mal y quiero aprovechar estos pocos ánimos que tengo ahora para ver si algo se puede hacer”.

Resultados: Antes de dar por terminada la sesión, se sugirió a la paciente hacer una visita a su médico con el fin de saber cuál era su estado de salud en ese momento, a lo cual la paciente manifestó estar de acuerdo pues al hacerle algunas preguntas durante la entrevista no había sabido contestar algunas cosas relacionadas con su padecimiento y que creía eran importantes para el tratamiento psicológico. Se le pidió a la paciente preguntar al médico acerca de sus puntajes de SLEDAI y se le entregaron algunos formatos de autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro

de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso y se le explicó cómo llenar cada uno de ellos y la importancia que tenían dentro de su tratamiento.

Sesión 2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica. (22/09/04)

Objetivo específico: Obtener información sobre su estado psicológico actual por medio de la contestación de instrumentos.

Técnica: Aplicación de instrumentos.

Procedimiento: Se explicó a la paciente el objetivo de la sesión, así como la forma en la cual tenía que hacer el llenado de los distintos instrumentos

Se llevó a cabo la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) estandarizado en la Cd. de México (Jurado et al., 1998).
- Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) versión mexicana (Robles, Varela y Jurado, 2001).

Resultados: Los resultados de la aplicación de instrumentos se muestran a continuación:

Aspectos evaluados	Puntaje	Interpretación
Ansiedad	52	Severa
Depresión	39	Severa

Sugerencias: Antes de dar por terminada la sesión se pidió a la paciente continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Observaciones: La calificación proporcionada por la reumatóloga de la paciente en el SLEDAI fue 27.3 lo cual indicaba que la paciente se encontraba en una fase activa del padecimiento, además

se reportaron afectaciones como artritis, en la piel y sistema sanguíneo. Se pidió a la paciente pedirle a su médico las puntuaciones de SLEDAI, cada vez que la evaluara.

EVALUACIÓN DE LA PACIENTE.

La evaluación se realizó por medio de la entrevista de exploración, la aplicación de los inventarios de ansiedad y depresión ya descritos, autorregistros de 2 semanas para la línea base en donde se medía la intensidad, frecuencia y duración de malestares físicos, autorregistros de pensamientos automáticos y autorregistros de tensión corporal percibida.

Con base en la entrevista de exploración, autorregistros y aplicación de instrumentos se pudo observar que la paciente presentaba malestares físicos relacionados con su padecimiento: dolor en articulaciones, dolor de cabeza, náuseas y mareos.

Así mismo, se hallaron una serie de malestares físicos los cuales podrían estar relacionados con la toma de medicamentos como: somnolencia, falta de energía, visión borrosa, sequedad en la boca, malestares estomacales, tristeza, ansiedad, insomnio.

Se observó además que la paciente presentaba conductas de ansiedad, tristeza y enojo basadas en pensamientos automáticos, lo que provocaba que las relaciones, especialmente con los miembros de su familia, fueran distantes y rígidas.

Así mismo, la paciente contaba con un pobre repertorio de conductas que le sirvieran para dar respuestas satisfactorias a situaciones problemáticas. Dichas conductas basadas en respuestas de ansiedad, tristeza y enojo estaban relacionadas con su padecimiento, el malestar físico y con la relación con sus familiares, sin que la paciente pudiera desarrollar otras estrategias para enfrentar su problema.

Las puntuaciones obtenidas en los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck fueron de 52 y 39 respectivamente, lo que nos indica que la paciente manejaba ansiedad y depresión severas, las cuales podrían estar relacionadas con el diagnóstico de lupus, con el propio padecimiento y/o la toma de medicamentos.

Con respecto a los autorregistros de línea base, se obtuvieron 13 medidas correspondientes a cada día de la semana, relacionados con la tensión corporal percibida por la paciente, los malestares físicos relacionados con el padecimiento (dolor articular, dolor de cabeza, náuseas y mareos), de pensamientos los cuales provocan estados de ánimo como enojo, tristeza y ansiedad, en donde se observó lo siguiente:

- El promedio de tensión corporal percibido por la paciente en una escala de 1-10 fue de 7.2 ($x=7.153$)
- La duración de dolor articular es variable, con una intensidad promedio, en escala de 1-10 de 7 ($x=6.85$) diariamente.
- La duración del dolor de cabeza es más o menos constante (1hr) con una intensidad, en escala de 1-10 de 6 en promedio 4 veces por semana.
- La duración de las náuseas es variable con una intensidad en promedio, en escala de 1-10, de 4 diariamente.
- La duración de los mareos es variable con una intensidad en promedio, en escala de 1-10 de 4, dos veces a la semana.
- Se observó que los pensamientos de la paciente en varias ocasiones le provocaban la instauración de emociones de enojo y tristeza, las cuales a su vez hacían que tuviera conductas que manifiestan estos estados emocionales, seguidos por sensación de ansiedad y posterior a ello el desencadenamiento de los malestares físicos mencionados

arriba los cuales retroalimentaban nuevamente a los pensamientos de la paciente, volviéndose a repetir el circuito.

DIAGNÓSTICO.

Con respecto a la señalado anteriormente, la conducta de la paciente, hace referencia a un déficit en el control de sus conductas de enojo, tristeza y estados de tensión, lo cual contribuye a desencadenar diversos malestares físicos, relacionados con la activación y actividad del lupus.

PLAN DE TRATAMIENTO.

El tratamiento consistió en implementar una estrategia que permitiera a la paciente dar solución a sus problemas, la cual le permitiría adquirir un repertorio alternativo a sus conductas de enojo y tristeza, así mismo, controlando los estados de tensión, sería posible disminuir la sintomatología y actividad del lupus.

Se planeó un plan de tratamiento para educar a la paciente en relación a las características de su padecimiento y entrenarla en la ejecución de conductas de adherencia al tratamiento médico prescrito, entrenamiento social para el cuidado de la salud y entrenamiento en conductas de autocuidado.

A continuación se describe sesión por sesión los objetivos, técnicas, materiales, procedimientos y recomendaciones del terapeuta.

Sesión 3. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento (06/10/04).

Objetivo específico: Que la paciente esté informada sobre su situación actual, el plan de tratamiento y se encuentre motivado para llevarlo a cabo.

Técnicas: Entrevista de diagnóstico, entrevista motivacional.

Procedimiento: La paciente acudió a su cita puntualmente. Se informó a la paciente los resultados obtenidos en los instrumentos que contestó y se le explica qué querían decir cada uno de ellos. Ayudados por una presentación en computadora, se explicó a la paciente el diagnóstico al cual se llegó y se le habló acerca de los factores de riesgo (apoyándonos en sus registros) que podrían estar contribuyendo a la activación y exacerbación de los síntomas de su padecimiento, haciendo notar las necesidades primordiales de la paciente. Se habló con ella acerca de la forma en la cual se pueden realizar modificaciones basados en un tratamiento estructurado y una propuesta de cómo se trabajaría en la terapia, se planificó con la paciente los aspectos a trabajar y se explicaron los objetivos que se buscaban

Resultados: La paciente manifestó estar interesada en iniciar el tratamiento cuanto antes y aceptó seguir al pie de la letra el tratamiento. Antes de concluir la sesión se pidió a la paciente los autorregistros realizados.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 4. Educación para la salud. Síntomas de la enfermedad (13/10/04).

Objetivo general: Que la paciente identifique el proceso de su enfermedad para comprender la relación existente entre los mecanismos fisiológicos y los síntomas que presenta.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora.

Procedimiento: Se inició la sesión pidiendo a la paciente sus registros y se mencionó que se irían utilizando a lo largo de la terapia, inmediatamente después se le preguntó acerca de su visita al médico y se le preguntó acerca de su tratamiento. Enseguida se explicó a la paciente el objetivo de

la sesión y se le preguntó acerca de sus conocimientos sobre Lupus y en especial acerca de sus síntomas. La paciente manifestó no saber demasiado acerca del tema y se procedió a mostrarle información relacionada con qué es lupus, en quienes se presenta y los síntomas comunes, durante la presentación de la información se preguntó a la paciente acerca de sus dudas, las cuales fueron contestadas y se hicieron preguntas para constatar que la información estaba siendo asimilada.

Resultados: Al inicio de la sesión la paciente entregó los registros realizados durante la semana, el terapeuta se cercioró de que los autorregistros hubieran sido llenados de manera correcta y preguntó si habían dudas con respecto a ellos a lo cual la paciente manifestó no tener dudas en cuanto a cómo tenía que hacer el llenado.

La paciente mencionó haber consultado de nuevo a su médico quien le informó que se encontraba en una fase activa de su lupus y le prescribió nuevamente Prednisona 60mg (1-0-0), Aralen 1g. (1-0-0) y Metoclopramida 10mg (1-0-0) y le comentó después de hacerle algunos estudios, que se habían presentado afectaciones como artritis, en la piel y sistema sanguíneo y que podría desencadenarse compromiso renal de no seguir las indicaciones. La paciente manifestó miedo por lo que le había dicho el médico y que aunque se sintió así, prefirió no preguntar detalles acerca del lupus para no sentirse más ansiosa.

Antes de la explicación hecha a la paciente acerca del padecimiento y síntomas de la enfermedad, manifestó no saber demasiado acerca de ella más que los síntomas que ella experimentaba por lo general y que no sabía si éstos eran indicativos de la actividad del lupus. Al finalizar la exposición la paciente contestó de manera correcta a las preguntas hechas por el terapeuta con la finalidad de saber si la información había sido asimilada y mencionó que el hecho de saber más acerca de su padecimiento la hacía sentir algo nerviosa.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 5. Falsas creencias acerca del LES (20/10/04).

Objetivo específico: Que la paciente modifique las creencias irracionales sobre el LES que estén vinculadas con estados emocionales disfuncionales y las que las contraste con información científica con el objeto de mantener las conductas saludables en el control de su enfermedad.

Técnicas: Reestructuración cognitiva, diálogo socrático, exposición didáctica.

Material: Presentación por computadora, hojas de registro, pizarrón.

Procedimiento: Apoyándose en los autorregistros de la paciente, el terapeuta identificó algunas creencias irracionales con respecto al lupus las cuales tenían que ver con estados emocionales tales como miedo, ansiedad, enojo, las cuales eran: “me voy a morir por culpa de esta enfermedad”, “el lupus es una enfermedad que me va a ocasionar la muerte”, “nunca voy a poder sentirme en paz enferma de esto”, “a lo mejor contagio a mis hijos y esposo de lupus”. El terapeuta expuso, con la ayuda de una presentación por computadora temas con información científica que tenían que ver con: cómo es posible controlar la enfermedad sin que esta llegue a ser fatal y se recordó a la paciente la información vista en la sesión pasada que tenía que ver con el hecho de que el lupus no se contagia, dichos temas tenían la finalidad de mostrar a la paciente el por qué eran falsas sus creencias. Se mostraron algunos estudios a la paciente en donde se mostraba que muchas personas habían logrado llevar su vida casi de manera normal y que algunos mantenían remisiones por largos periodos e incluso totales, después de esto se le hicieron preguntas a la paciente, por ejemplo: “tú piensas que te vas a morir porque tienes lupus, entonces ¿cómo crees que estas personas han logrado llegar a tener una vida más o menos normal y con mejoras notables de su padecimiento?”.

Resultados: La paciente manifestó que antes de la sesión no tenía información suficiente relacionada con su enfermedad y que quizá esto le provocaba tener tantas ideas equivocadas con respecto a lo que le iba a provocar el lupus. Así mismo mencionó que la información recibida le había hecho pensar en que era importante tomarse el medicamento prescrito por el médico aunque aún le temía a los efectos del mismo, a lo cual el terapeuta le informó que tendrían algunas otras sesiones relacionadas con ese tema y otros relacionados con su padecimiento y que antes de eso

tendrían unas sesiones que le ayudarían a controlar de mejor forma los estados emocionales indeseables.

Recomendaciones: Sugerir al paciente pensar en otras preguntas en las cuales tenga duda con respecto a su padecimiento que aún no hayan quedado claras y anotarlas. . Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 6. Entrenamiento en relajación (27/10/04).

Objetivo específico: Enseñar al paciente la respiración profunda como una forma de relajación, con el fin de apoyar en el control de estados emocionales disfuncionales y de esta forma contribuir a que disminuyan la sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: técnica de respiración profunda, modelamiento, moldeamiento.

Materiales: Presentación por computadora o láminas informativas.

Procedimiento: Se informó a la paciente el objetivo de la sesión y se le explicó mediante una presentación, la importancia de estar relajado para controlar estados emocionales disfuncionales y a su vez el control de la sintomatología o brotes de la enfermedad, así mismo se explicó cómo es que la relajación induce a un estado incompatible con los estados emocionales disfuncionales. El terapeuta mediante el modelamiento mostró a la paciente cómo llevar a cabo cada una de las fases de la respiración profunda pidiéndole llevarla a cabo.

Resultados: La paciente llevó a cabo la respiración profunda de manera regular a lo cual el terapeuta tuvo que ir moldeando cada una de las ejecuciones de la misma hasta que al finalizar la sesión la ejecución fue mas o menos buena.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente practicar ejercicios de respiración profunda en situaciones cotidianas, así mismo, se le pidió anotar las posibles dificultades para llevarla a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 7. Entrenamiento en relajación (03/11/04).

Objetivo específico: Enseñar al paciente la relajación progresiva con el fin de apoyar en el control de estados emocionales disfuncionales y de esta forma contribuir a que disminuyan la sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: técnica relajación progresiva, modelamiento, moldeamiento.

Procedimiento: El terapeuta comenzó preguntando a la paciente acerca de las posibles dificultades para llevar a cabo la respiración profunda y se le preguntó cómo se había sentido cada vez que realizaba los ejercicios, se pidió a la paciente realizar algunas respiraciones profundas con el fin de que el terapeuta evaluara la correcta ejecución de los ejercicios. Una vez hecho lo anterior, el terapeuta explicó al paciente en qué consistía el entrenamiento en relajación progresiva, que era necesaria su cooperación activa y práctica regular para obtener buenos resultados y que además de enseñarle a cómo relajarse, esta práctica le ayudaría a reconocer y discriminar la tensión y la relajación.. A continuación el terapeuta pidió a la paciente adoptar una posición cómoda y mediante modelado, indicó cómo llevar a cabo cada una de las fases de la relajación progresiva así como la mejor manera para tensar cada grupo muscular.

Resultados: La paciente estuvo practicando durante la semana los ejercicios de respiración profunda y los realizaba además en situaciones en las cuales se comenzaba a algún estado emocional indeseable, notó que bajaron los porcentajes en los cuales tenía algún estado emocional desagradable lo cual según sus palabras la hizo sentirse más motivada a practicar las respiraciones.

Con respecto a la relajación progresiva, la ejecución de la paciente tuvo que ser moldeada constantemente con el fin de lograr de mejor manera la tensión en ciertos músculos. Al finalizar la sesión la paciente manifestó sentirse realmente relajada y notó que en su vida cotidiana algunos de los músculos por lo general los trae contraídos, por ejemplo, en la parte del cuello, frente, mentón, manos y brazos, se llevó a cabo el llenado del registro de tensión corporal correspondiente.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente practicar estos ejercicios en casa y anotar las posibles dificultades para llevarlos a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión

corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 8. Factores que intervienen en la presencia y activación del LES (10/11/04).

Objetivo específico: Que la paciente identifique los factores (genéticos, hormonales, ambientales, farmacológicos, infecciosos, inmunológicos, psicológicos) que intervienen en el inicio y activación del LES.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora.

Procedimiento: Se inició la sesión preguntando a la paciente acerca de las posibles dificultades para llevar a cabo la relajación progresiva y se destinaron los primeros 30 min. de la sesión a la práctica de la misma y se llevó a cabo el llenado del registro de tensión. Una vez concluido lo anterior apoyados en una presentación por computadora, se expuso a la paciente un tema relacionado con los factores que intervienen en la presencia y activación del lupus. Se abordaron los factores genéticos, hormonales, ambientales, farmacológicos, infecciosos, inmunológicos y psicológicos. Durante la exposición se hicieron preguntas a la paciente con el fin de asegurar la comprensión de las explicaciones. Al final se entregó a la paciente la información impresa vista durante la sesión para que en caso de duda pudiera consultarla.

Resultados: Al finalizar la sesión, la paciente reconoció el hecho de que al tener mayor información acerca de su padecimiento le ayudaba a lidiar de mejor manera con el lupus.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente continuar practicando la relajación y continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 9. Complicaciones del Lupus Eritematoso Sistémico (24/11/04).

Objetivos específicos:

- Que la paciente identifique las complicaciones en el LES.
- Que la paciente identifique los factores de riesgo a los que se expone en su vida cotidiana relacionados con exposición a los rayos ultravioleta, control emocional, toma de medicamentos, alimentación, ejercicio)

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se inició la sesión haciendo un ejercicio de relajación y se hizo el llenado del registro de tensión corporal y posteriormente mediante una presentación por computadora se expuso a la paciente el tema de “complicaciones del LES”, en el cual se abordaron las complicaciones que se presentan y los factores como exposición a rayos solares, falta de control emocional, alimentación, ejercicio y toma de medicamentos, los cuales pueden ser factores de riesgo para los brotes de la enfermedad. Durante la exposición se fueron haciendo preguntas a la paciente con el fin que asegurar la comprensión de los temas vistos. Al final de la sesión se entregó a la paciente la información impresa correspondiente a lo visto en la sesión.

Resultados: Mediante las preguntas hechas durante la sesión se pudo asegurar que la paciente identifica las complicaciones y factores de riesgo en LES. La paciente manifestó no haber escuchado antes lo visto en sesión y que le iba a ser de ayuda para tomar algunas medidas como continuar con la relajación. **Recomendaciones:** Se pidió a la paciente continuar con ejercicios de relajación y con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 10. Importancia del tratamiento médico en LES (01/12/04).

Objetivos específicos:

- Que la paciente identifique la relevancia de su tratamiento médico.
- Que la paciente identifique los 4 niveles principales para el tratamiento de LES (genético, inmunovigilancia, síntesis de anticuerpos y citotoxicidad celular, el control de las manifestaciones clínicas).
- Que la paciente identifique los exámenes necesarios para llevar un control médico de su padecimiento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora o láminas con dibujos explicativos, folletos explicativos.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y llenado del formato de tensión corporal y se continuó con la exposición del tema "Importancia del tratamiento médico en LES", Durante la exposición se fueron haciendo preguntas a la paciente con el fin que asegurar la comprensión de los temas vistos. Al final de la sesión se entregó a la paciente la información impresa correspondiente a lo visto en la sesión.

Resultados: Mediante las preguntas hechas durante la sesión se pudo asegurar que la paciente identifica la relevancia de su tratamiento médico, los niveles principales para el tratamiento de LES y los exámenes necesarios para llevar el control de su padecimiento. La paciente manifestó que el médico algo le había comentado acerca de realizarse distintos estudios de manera periódica y que no se los había estado practicando debido a que no sabía para qué eran y que le daba miedo practicarlos sin saber cómo se los iban a realizar..

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 11. Importancia del tratamiento farmacológico en LES (08/12/04).

Objetivos específicos:

- Que la paciente reconozca el tipo de medicamentos utilizados en el tratamiento para LES.
- Que la paciente identifique los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- Que la paciente reconozca las conductas de riesgo en la toma de medicamentos tales como automedicación, sobredosis, no ingesta del medicamento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora.

Procedimiento: Se pidió a la paciente recordara los medicamentos que le fueron indicados para su tratamiento médico y se le explicó la clasificación de estos en función del efecto que tienen. Así mismo, se le pidió indicar los problemas que se pueden presentar en la toma de medicamentos y los efectos que pueden ocasionar en su padecimiento. A continuación apoyados en una presentación por computadora, se le habló a la paciente acerca de los medicamentos y los efectos secundarios de los medicamentos que estaba tomando; del mismo modo se le explicó acerca de las conductas de riesgo que había en la toma de medicamentos tales como automedicación, sobredosis y la no ingesta del medicamento. Mediante preguntas, el terapeuta se fue asegurando a lo largo de la sesión que el paciente comprendiera las explicaciones dadas y al final se le entregó la información vista en sesión de manera impresa.

Resultados: Al preguntarle a la paciente acerca de su conocimiento acerca del tipo de medicamentos que tomaba y sus efectos secundarios, manifestó su desconocimiento acerca del tema y reconoció cada una de las conductas de riesgo que ella misma tenía en torno a la toma de sus medicamentos.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 12. Importancia de la dieta y nutrición en LES (12/01/05).

Objetivo específico: Que la paciente identifique la importancia de una buena nutrición para su padecimiento.

Técnicas: Exposición didáctica, preguntas de exploración.

Material: Presentación por computadora.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y se realizó el llenado del formato de tensión corporal. Después de lo anterior y apoyados con una presentación por computadora se explicó a la paciente los factores que intervienen en la alimentación y sus consecuencias en el padecimiento. Por medio de preguntas, el terapeuta se aseguró que la paciente comprendiera las explicaciones. Al final de la sesión se entregó a la paciente la información vista en la sesión de manera impresa.

Resultados: La paciente comprendió lo expuesto durante la sesión y aceptó tener una alimentación deficiente. Se le propuso consultar a un nutriólogo a fin de poder mejorar este aspecto.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 13. Preguntar al médico (19/01/05).

Objetivo específico: Que la paciente identifique los elementos que desconoce de su tratamiento médico y elabore preguntas para hacerle al médico que le ayuden a tener información completa del mismo.

Técnicas: Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Material: hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y se hizo el llenado del formato de tensión corporal. Se explicó a la paciente el objetivo de la sesión y enseguida, el terapeuta hizo preguntas a la paciente en torno a su tratamiento médico. Se pidió a la paciente que escribiera en

una hoja de papel las preguntas que no pudiera responder. Una vez hecho lo anterior, se le pidió a la paciente simular estar en la consulta médica y se le pidió formular las preguntas que había escrito, como si se las hiciera al médico. En algunas ocasiones el terapeuta adoptó el papel del paciente y ejecutó conductas para que el paciente la replicara. Fue necesario mostrarle a la paciente una técnica asertiva llamada "disco rayado" (Smith, M., 1977), ya que la paciente reportaba que cuando intentaba comunicarse con su reumatóloga, percibía que ésta no la escuchaba y quería anteponer sus deseos sobre los de la paciente, y que debido a ello en algunas ocasiones la paciente había renunciado a saber más acerca de su tratamiento.

Resultados: Durante la ejecución de la paciente, fue necesario moldear continuamente procurando que mediante las preguntas, la paciente lograra obtener la información que necesitaba. Hubo ejecuciones acertadas, las cuales fueron reforzadas positivamente.

Recomendaciones: Proponer al paciente hacer las preguntas a su médico tal y como se trabajó en la sesión y anotar los logros y posibles dificultades presentadas al momento de hacerlo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 14. Obtención de apoyo de otros (26/01/05).

Objetivo específico: Que la paciente identifique a las personas más cercanas con el fin de recibir apoyo.

Técnicas: Entrenamiento en habilidades sociales. Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Material: hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y se hizo el llenado del formato de tensión corporal. Se preguntó acerca de su visita con el médico y los resultados obtenidos. El terapeuta explicó el objetivo de la sesión y preguntó a la paciente el por qué podría considerarse de utilidad contar con el apoyo de otras personas en relación con su padecimiento. El terapeuta retomó lo mencionado por la paciente y amplió la información con respecto a la importancia de que

el paciente cuente con el apoyo de otras personas. A continuación se hizo la petición a la paciente de que enumerara a cada una de las personas con las que se relacionaba y convivía diariamente y se le preguntó si creía que fuera posible contar con su apoyo y cómo podrían ayudarla. Una vez que la paciente mencionó que podría contar con su esposo e hijos para que la ayudaran a recordar por ejemplo la toma de medicamentos, acompañarla a hacer ejercicio, acompañarla a sus visitas con el médico, etc.; el terapeuta pidió hicieran un ensayo de cómo haría esas peticiones con cada una de esas personas mencionadas. Se detectó durante la sesión que la paciente tenía dificultad para pedir ayuda, por lo cual el terapeuta hizo el señalamiento e hizo sugerencias alternativas a la ejecución de la paciente. El terapeuta adoptó el rol de la paciente y modeló cada una de las sugerencias dadas y enseguida pidió a la paciente hacer el ensayo.

Resultados: Durante los ensayos conductuales fue necesario ir moldeando la ejecución de la paciente e ir dando instrucciones para mejorarla, se reforzaron positivamente cada una de las ejecuciones acertadas y al finalizar la sesión, la paciente había logrado dar respuestas competentes en cuanto a la habilidad de “pedir ayuda”. Con respecto a la visita con la reumatóloga, la paciente manifestó sentirse más cómoda al hacerle preguntas, y aunque en un principio reportó, sentirse un poco nerviosa e intimidada, pudo formular las preguntas acerca de su tratamiento médico que había hecho durante la sesión anterior.

Recomendaciones: Se propuso a la paciente llevar a cabo la obtención de apoyo de otros y anotar los logros y posibles dificultades para llevarlo a cabo, además se pidió intentara practicar la habilidad no únicamente con sus hijos y esposo, sino que lo hiciera con otras personas con el fin de practicarla. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 15. Modelo de solución de problemas (02/02/05).

Objetivo específico: Que la paciente aprenda un modelo de solución de problemas con el fin de poder aplicarlo en la adquisición de conductas de autocuidado.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: pizarrón, papel y lapiz.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y se hizo el llenado del formato de tensión corporal. Se preguntó a la paciente acerca de cómo le había ido en la su tarea de procurar el apoyo de sus familiares y las posible dificultades para llevarlo a cabo.

El terapeuta explicó a la paciente la importancia que tiene el aprendizaje de un modelo de solución de problemas. Apoyados en los registros de la paciente, se tomó como ejemplo una situación que implicaba una dificultad para la paciente. Se explicaron uno a uno, los pasos del modelo de solución de problemas, y en cada paso se pidió a la paciente ir escribiendo en una hoja de papel las soluciones a cada etapa ocupando el "problema ejemplo". El terapeuta mediante preguntas fue asegurándose de la viabilidad y objetividad de lo propuesto por el paciente en cada una de las etapas.

Resultados: La paciente pudo pedir la ayuda de sus familiares con éxito, ya que los cuatro integrantes de la familia estuvieron de acuerdo en apoyarla, ella aprovechó la ocasión para hablarles acerca de cómo se sentía con respecto a su padecimiento y les aseguró que trataría de controlar más sus estados de ánimo para evitar pelear todo el tiempo. Con respecto a lo visto durante la sesión, la paciente dio muestras de cierta dificultad al momento de generar alternativas, el terapeuta tuvo que hacer notar tal hecho y en ocasiones le dio algunas sugerencias. Al final de la sesión la paciente tenía claros los pasos del modelo de solución de problemas.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente traer por escrito la definición del problema más significativo para la paciente y que anote las posibles dificultades para llevarlo a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 16. Modelo de solución de problemas (09/02/05).

Objetivo específico: Que la paciente aprenda un modelo de solución de problemas con el fin de poder aplicarlo en la adquisición de conductas de autocuidado.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: pizarrón, papel y lapiz.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y se pidió a la paciente hacer el llenado del formato de tensión corporal. A continuación se pidió a la paciente la definición del problema que se le había pedido la sesión anterior para hacer en casa, se le preguntó acerca de las dificultades para llevar a cabo la definición y el terapeuta hizo algunas observaciones al respecto. El terapeuta pidió a la paciente recordar cada uno de los pasos en la solución de problemas vistos la sesión anterior, así como también nombrar en qué consistían. Conforme iba recordando cada una de las etapas se invitó a que fuera dándole solución al problema que había elegido y lo escribiera en el pizarrón, conforme la paciente fue haciéndolo el terapeuta hizo algunas observaciones en la elaboración de la paciente. Al finalizar la sesión se entregó a la paciente un tríptico del modelo de solución de problemas.

Resultados: La paciente dio muestras de haber comprendido como llevar a cabo la solución de problemas apoyada en el modelo propuesto. Mencionó que durante la semana había estado haciendo varios ejercicios relacionados y que al principio había tenido dificultades para generar alternativas, el terapeuta en este sentido, le hizo la observación de que todas las alternativas cuentan, no importando lo inadecuadas que al principio pudiesen parecer y que la idea era tener el mayor número de alternativas de dónde elegir. La paciente estuvo de acuerdo en que el modelo propuesto le servía para aplicarlo en muchos aspectos de su vida, pues gracias a dicho modelo había llegado a la solución de realizar un trabajo en el cual no tuviera que invertir demasiado tiempo y que le permitiera tener un pequeño ingreso extra y salir de su rutina, para lo cual iba a comenzar a investigar qué tenía que hacer para vender productos por catálogo, se reforzó positivamente a la paciente por dicha puesta en práctica del modelo de solución de problemas.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 17. Evitar la exposición al sol utilizando modelo de solución de problemas (16/02/05).

Objetivo específico: Que la paciente genere alternativas que le ayuden a evitar la exposición a los rayos solares.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora o láminas informativas.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y con el llenado del formato de tensión corporal. A continuación el terapeuta recordó a la paciente el riesgo de exponerse a los rayos solares y apoyado con una presentación por computadora le explicó el por qué. El terapeuta utilizando los registros de actividades de la paciente, detectó algunas situaciones en las cuales la paciente estaba en contacto directo con el sol y se le preguntó si recurría a algún tipo de medida para protegerse. Al notar que la paciente no había adoptado ninguna, le pidió utilizar el modelo de solución de problemas con el fin de dar remedio a esta situación.

Resultados: La paciente mencionó que cada vez que saliera de casa haría uso de un protector solar, a lo cual el terapeuta le sugirió buscar uno con el factor de protección solar más alto posible, así mismo propuso realizar algunas actividades cuando atardeciera y ya hubiera tanto sol y en caso necesario la utilización de lentes para el sol y gorras.

Recomendaciones: Se sugirió a la paciente poner en práctica las estrategias elegidas para evitar la exposición a los rayos solares y anotar las posibles dificultades para llevarlas a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso

Sesión 18. Rutina de ejercicio utilizando modelo de solución de problemas (23/02/05).

Objetivo específico: Que la paciente reconozca la importancia de realizar una rutina de ejercicio para ayudar a aumentar independencia, a mejorar el humor, a disminuir dolor, a aumentar flexibilidad, a mejorar el flujo de la sangre, a mantener el peso apropiado y a promover buena salud en general.

Técnica: Modelo de solución de problemas.

Procedimiento: Se inició la sesión con un ejercicio de relajación y el llenado del formato de tensión corporal. Se preguntó acerca de las posibles dificultades para poner en práctica las soluciones creadas la sesión anterior con respecto a la exposición al sol. Enseguida, el terapeuta explicó a la paciente la importancia de realizar una rutina de ejercicios. Se preguntó a la paciente acerca de las indicaciones del médico para realizar ejercicio, a lo cual contestó que necesitaba realizar una actividad que no la fatigara demasiado por lo menos durante 40 minutos. Se le preguntó a la paciente si había iniciado con algún tipo de actividad a lo que respondió que no. Se le pidió a la paciente generar alternativas de los posibles ejercicios que podría realizar cumpliendo con los requerimientos médicos, así como el equipo necesario.

Resultados: Con respecto a la puesta en práctica de las alternativas para evitar la exposición a los rayos solares, fueron llevadas a cabo con éxito. La paciente mencionó que no había comenzado con ninguna rutina debido a que a veces no le daban ganas pero que no se había percatado de la importancia que tenía el hacerlo. Propuso realizar caminata diariamente durante las tardes (cuando ya no hubiera sol) en un parque cercano a su casa y que aunque aún no había comenzado ya le había pedido a su hija que la acompañara para sentirse más motivada. Mencionó que compraría calzado deportivo y que preguntaría acerca de uno que fuera adecuado para este tipo de actividad. Otra de las opciones propuesta por la paciente fue iniciar con el aprendizaje de natación, y que iría a preguntar precios y horarios.

Recomendaciones: Poner en práctica las estrategias elegidas para llevar a cabo rutina de ejercicios y anotar las posibles dificultades para llevarlas a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 19. Inhibir la ansiedad (02/03/05).

Objetivo específico: Enseñar al paciente a enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional (como ansiedad e irritabilidad) con el fin de evitar sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: Desensibilización sistemática.

Materiales: Pizarrón u hojas de papel y lápiz

Procedimiento: Se inició la sesión preguntando a la paciente acerca del inicio de su rutina de ejercicios y las posibles dificultades para llevarla a cabo. Se explicó a la paciente el objetivo de la sesión y apoyados con los registros elaborados por la paciente, se le pidió elaborara una lista de situaciones que le producían malestar emocional y que las ordenara en función del grado o intensidad emocional que le producían (0-100). A continuación, el terapeuta hizo notar que dicha lista era una jerarquía de situaciones, ordenadas de mayor a menor, en función de su intensidad. Se le pidió a la paciente adoptara una posición cómoda y que cerrara los ojos, el terapeuta hizo alusión a la situación que la paciente jerarquizó como de menor malestar emocional (que tenía que ver con la percepción de síntomas relacionados con su padecimiento) y le pidió imaginar esa escena y que la analizara con detenimiento, se le pidió recordar cómo se había sentido la última vez que ocurrió. Se pidió a la paciente indicar el momento en el cual se encontrara experimentado con claridad dicha escena y notara cierto malestar; en ese momento se le pidió apartar de su mente momentáneamente la escena y que practicara la respiración profunda y soltara los músculos que notara tensos, una vez hecho esto, se le pidió nuevamente a la paciente imaginar la escena hasta sentir de nuevo malestar y relajar nuevamente. El ejercicio se continuó hasta que la paciente pudo imaginar la escena con suficiente tranquilidad. Después de lo anterior, se seleccionó la siguiente situación de la lista y se llevó a cabo el mismo procedimiento. Al finalizar se hizo el llenado del formato de tensión corporal

Resultados: La paciente comenzó a realizar caminata dos veces por semana e informó al terapeuta que iniciaría la siguiente semana con natación por las mañanas en una alberca cubierta. Se llevó a cabo el ejercicio descrito con dos situaciones, una relacionada con el malestar emocional producido por comenzar a percibir algunos síntomas relacionados con su padecimiento (dolor en las articulaciones, fiebre, erupciones en la cara, debilidad, etc) y el siguiente tuvo que ver con el malestar que la paciente experimentaba cada vez que tenía cita con su reumatóloga. La paciente al finalizar la sesión informó sentirse más tranquila con respecto a estas situaciones y notó que la tensión había disminuído con el ejercicio llevado a cabo.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente continuar en casa con el ejercicio visto en la sesión tomando las situaciones de la lista realizada y que anotara las posibles dificultades presentadas para llevarlo a cabo. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 20. Identificación de estados emocionales disfuncionales y su relación con la sintomatología y brotes de LES (09/03/05).

Objetivo específico: Que la paciente identifique la relación entre estados emocionales disfuncionales con los síntomas y los brotes de la enfermedad y utilizará el modelo de solución de problemas para ayudar a controlar estados emocionales.

Técnicas: Exposición didáctica, Modelo de solución de problemas.

Materiales: Presentación por computadora o pizarrón.

Procedimiento: Se comenzó la sesión preguntando a la paciente acerca de las posibles dificultades para llevar a cabo el ejercicio propuesto la sesión anterior. Una vez hecho esto, el terapeuta se apoyó en una presentación por computadora para dar una explicación sobre el efecto fisiológico de las emociones en el dolor, fatiga y actividad del LES. Apoyándose en los registros del paciente, el terapeuta analizó el registro con base en la frecuencia de cada uno de los pensamientos registrados, emociones descritas y conductas. Se mostró a la paciente cómo están influyendo sus propios pensamientos en sus estados emocionales y conductas.

Resultados: La paciente llevó a cabo con éxito los ejercicios sugeridos la sesión anterior con el fin de inhibir la ansiedad, cabe señalar que los niveles de ansiedad reportados en sus registros mostraron una baja comparándolos con los de otras semanas. Después de la explicación dada, la paciente pudo identificar que por ejemplo: en ocasiones no tomaba el medicamento, debido a que pensaba "me va a caer mal" lo cual le provocaba miedo o ansiedad, que cuando pensaba "a mis hijos y esposos no les importa que esté enferma" le provocaba tristeza por lo cual en ocasiones optaba por no acercarse a ellos, etc.

Recomendaciones: Se propuso a la paciente utilizar el modelo de solución de problemas para ayudarle a modificar los eventos que al paciente le resultan conflictivos, analizando la conveniencia de cambiar la actitud o la naturaleza del problema, así mismo, se le pidió anotar las dificultades para aplicar el modelo en ciertos eventos. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 21. Inoculación al estrés (16/03/05).

Objetivo específico: Enseñar al paciente a enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional mediante la elaboración de pensamientos o diálogo interno con el fin de contribuir a la disminución de sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: Detección de pensamientos automáticos y manejo de pensamientos automáticos.

Materiales: Registros de pensamientos, hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: Se inició la sesión preguntando a la paciente acerca de la utilización del modelo de solución de problemas que tenía el fin de ayudarle a modificar los eventos que al paciente le resultan conflictivos.

El terapeuta, apoyándose en los registros del paciente hizo alusión a los diversos tipos de pensamientos automáticos de la paciente y le recordó la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo y las conductas. El terapeuta le explicó a la paciente que es de ayuda contar con una serie de pensamientos o diálogos internos, pues estos contrarrestan los pensamientos negativos que puedan surgir y son de ayuda para enfrentar situaciones difíciles.. El terapeuta pidió a la paciente la lista de situaciones que le producían malestar emocional, que había elaborado 2 sesiones anteriores y le pidió revisarla y añadir algunas otras posibles situaciones. Algunas de las situaciones que le producían malestar emocional a la paciente tenían que ver con: la percepción de síntomas relacionados con su padecimiento como dolor articular, erupciones cutáneas, dolor de cabeza; con la asistencia a sus consultas médicas; con la posibilidad de que su enfermedad avanzara ocasionando con esto problemas en algún órgano, etc. A continuación, el terapeuta le mencionó a la paciente que la ayudaría a preparar una serie de pensamientos que pudiera

repetirse mentalmente en las situaciones de su lista. El terapeuta indicó que la lista que elaborarían contemplaría pensamientos relacionados con: prepararse para la situación antes de que ocurriera, enfrentarse a la situación de malestar, manejar los sentimientos de malestar que se produzcan y de recompensa y ánimo por enfrentarse a la situación. En cada uno de los rubros el terapeuta dio ejemplos y pidió a la paciente generar sus propios pensamientos, en los casos en los cuales a la paciente no se le ocurría nada, el terapeuta contribuyó con algunas ideas que fueron valoradas por la paciente.

Resultados: La paciente puso en práctica lo visto la sesión pasada y con respecto a la toma de medicamentos optó por tomarlos siempre aunque tuviera que experimentar efectos secundarios, si estos se presentaban iba a optar por relajarse, tratar de hacer alguna actividad; así mismo, con respecto a la relación con su familia, pensó en siempre tratar de hablar con ellos y no imaginar lo que ellos “seguramente estaban pensando” y hacer el esfuerzo de no enojarse o desesperarse, lo cual ya le había estado dando resultados pues lo puso en práctica durante la semana, lo cual fue reforzado positivamente por el terapeuta. Al finalizar la sesión la paciente había logrado generar una lista de pensamientos para enfrentar situaciones que le producen malestar. Se le pidió continuar con pensamientos para toda su lista, y que en casa hiciera el ejercicio de imaginarse pasando por las distintas fases (preparación para la situación antes de que ocurra, tomando contacto con la situación, tomando contacto con las emociones y recompensándose por enfrentar la situación y el malestar) y que se repitiera los pensamientos seleccionados, así mismo, se le pidió combinar este ejercicio con relajación.

Recomendaciones: Se pidió a la paciente anotar las posibles dificultades para llevar a cabo la creación de pensamientos y los ensayos en casa. Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 22. Inoculación al estrés (30/03/05).

Objetivo específico: Enseñar al paciente a enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional mediante la elaboración de pensamientos o diálogo interno con el fin de contribuir a disminuir la sintomatología y/o brotes del LES.

Técnicas: Detección de pensamientos automáticos y manejo de pensamientos automáticos.

Materiales: Lista de pensamientos, hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: Se pidió a la paciente mostrar la lista de pensamientos pedida la sesión anterior y se le preguntó acerca de las posibles dificultades para elaborarla y que hablara acerca de cómo le había ido en su práctica de imaginarse en las diferentes situaciones.

Resultados: La paciente aún no había concluido con la lista de pensamientos, pero se le reforzó positivamente por haber trabajado en ello durante la semana. La paciente estuvo practicando en casa utilizando los pensamientos de su lista y mencionó que en varias ocasiones los llevó a cabo aplicándolos en situaciones reales y que le habían sido de mucha utilidad, pues habían contribuido mucho a que ella no se sintiera tan mal y en ocasiones había logrado desaparecer emociones desagradables. Así mismo, comentó que la relajación la había apoyado para esta tarea. Al finalizar la sesión, se le informó a la paciente que ya se había concluido con el programa que en un principio se había establecido y que ya se habían cubierto los objetivos propuestos. Se le indicó que en la siguiente sesión se le haría una evaluación con la finalidad de conocer su estado psicológico.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 23. Postevaluación (06/04/05).

Objetivo específico: Evaluar a la paciente una vez concluido el tratamiento con la finalidad obtener información acerca de su estado psicológico actual.

Materiales: Cuestionarios de evaluación.

Procedimiento: Se pidió a la paciente contestar los instrumentos aplicados al principio del tratamiento con el fin de obtener información acerca de su estado psicológico actual.

Resultados: Se le informó a la paciente que la siguiente sesión se le darían los resultados obtenidos en la aplicación de pruebas y que se le explicaría la siguiente fase de seguimiento.

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Sesión 24. Alta (13/04/05).

Objetivo específico: Informar a la paciente acerca de la evaluación realizada e informar acerca del cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del tratamiento.

Técnica: Entrevista.

Materiales: Presentación por computadora..

Procedimiento: Se inició la sesión haciendo un resumen de lo trabajado durante el tratamiento y se le pidió a la paciente hablar acerca de los aprendizajes que consideraba había adquirido; una vez que la paciente concluyó, el terapeuta retomó aspectos mencionados por la paciente y los amplió. Apoyados por una presentación por computadora, se mostró a la paciente las gráficas correspondientes a cada uno de los registros elaborados por ella y de los puntajes de SLEDAI proporcionados por su reumatóloga, se le explicaron los cambios observados a lo largo del tratamiento. Así mismo, se le dieron los resultados obtenidos de la aplicación de instrumentos realizada la sesión anterior. El terapeuta reforzó a la paciente su esfuerzo y el hecho de encontrarse en una etapa de remisión de la enfermedad. Finalmente se le preguntó a la paciente si tenía dudas con respecto al tratamiento impartido. Al final se le explicó en qué consistía la siguiente fase de seguimiento de su tratamiento.

Resultados: Los resultados de la aplicación de instrumentos se muestran a continuación:

Aspectos evaluados	Puntaje	Interpretación
Ansiedad	7	Leve
Depresión	11	Leve

Recomendaciones: Continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso. Se citó a la paciente dentro de un mes.

Sesión 25. Seguimiento (11/05/05).

Objetivo específico: Evaluar mediante entrevista clínica el control de los factores de riesgo, por parte de la paciente, para el cuidado de su padecimiento y para verificar el mantenimiento cognitivo conductual.

Técnica: Entrevista.

Procedimiento: Se revisaron los registros de la paciente y se le pidió indicar si había tenido dificultades para continuar con los cuidados para el control de su padecimiento.

Resultados: La paciente mantuvo los cuidados necesarios para mantener bajo control su padecimiento. Los puntajes de su SLEDAI (valor de 8.1) mostraron una etapa inactiva de su padecimiento y las dosis de medicamentos se encontraban en cifras más bajas que en un principio: Prednisona 10mg (1-0-0), Aralen 0.5 mg una vez a la semana y Metoclopramida 1mg (1-1-0). Reportó mayor control en sus estados de ánimo y una mejora en la sintomatología del padecimiento, lo cual se vio reflejado en sus autorregistros. Se citó a la paciente dentro de un mes.

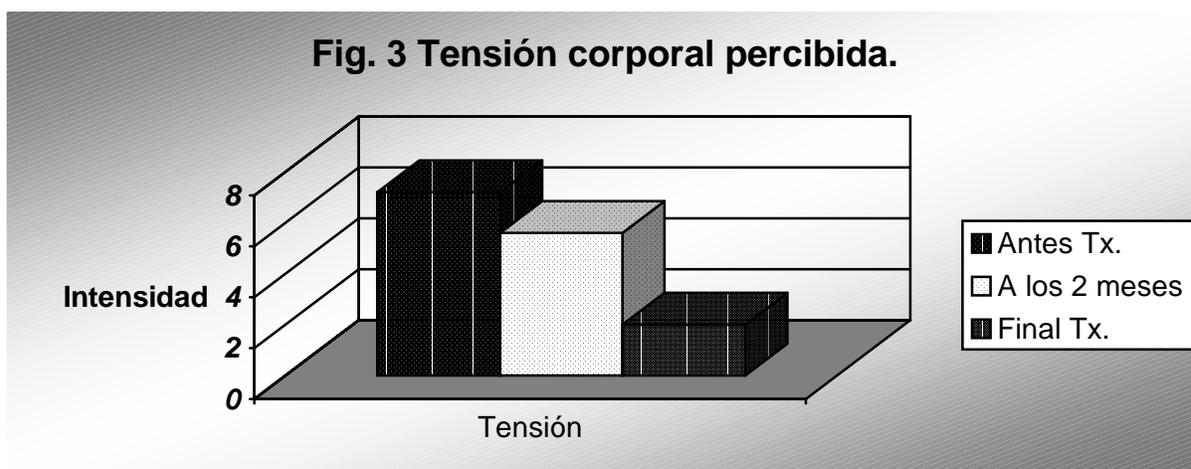
Recomendaciones: Pedir al paciente continuar con autorregistro de malestares físicos, tensión corporal, cadena cognitivo conductual, las actividades que desarrolla el paciente, el registro de medicamentos, registro de alimentación y el control de peso.

Los dos seguimientos restantes se hicieron vía telefónica en los cuales la paciente reportó continuar sin mayores problemas los cuidados para el control de su padecimiento. Aún continuaba realizando natación y continuaba con una dieta. Los puntajes de SLEDAI que tenía en cada uno de

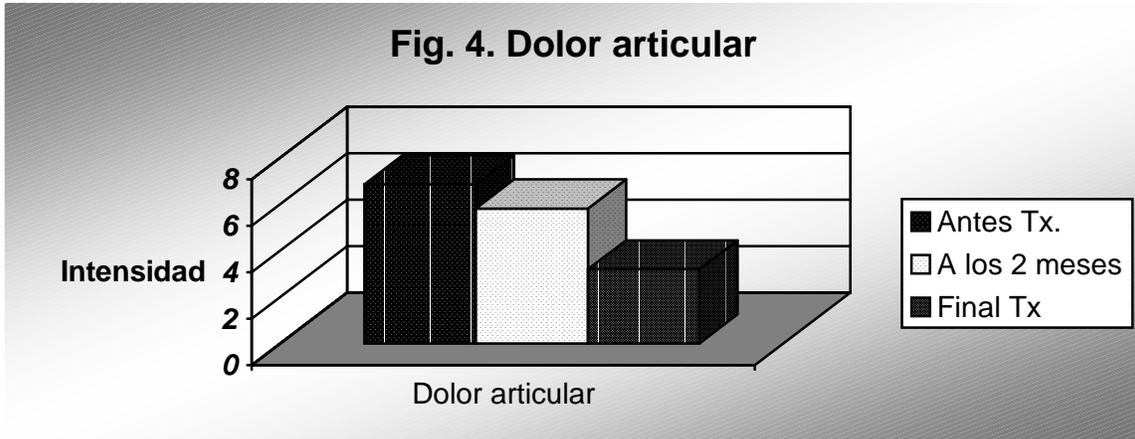
los momentos del seguimiento fueron: 7.5 y 6, lo cual indicaba una baja actividad del lupus y continuaba en etapa de remisión de su padecimiento. Así mismo reportó mayor control en sus estados de ánimo.

RESULTADOS: EFECTOS CLÍNICOS O DE AJUSTE PSICOLÓGICO.

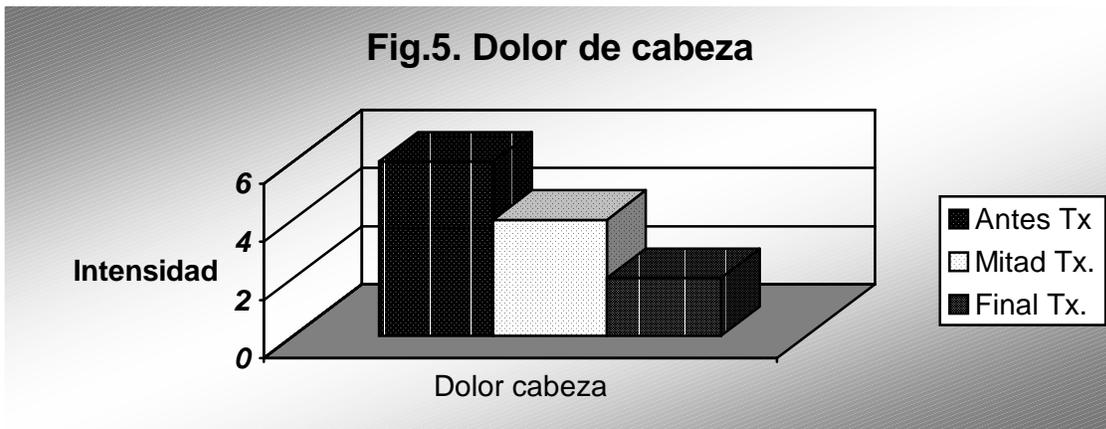
Se pudo observar una disminución en la tensión corporal percibida por la paciente; durante la fase de evaluación, el promedio de tensión corporal percibido por la paciente, en una escala de 1-10 era de 7.2 ($x=7.153$); durante los dos primeros meses de tratamiento, los cuales abarcaron el bloque de educación para la salud y técnicas de relajación, el promedio de tensión corporal percibido fue de 5.6 ($x=5.564$) y al finalizar el tratamiento el promedio fue de 2 ($x=1.967$). Ver figura 3.



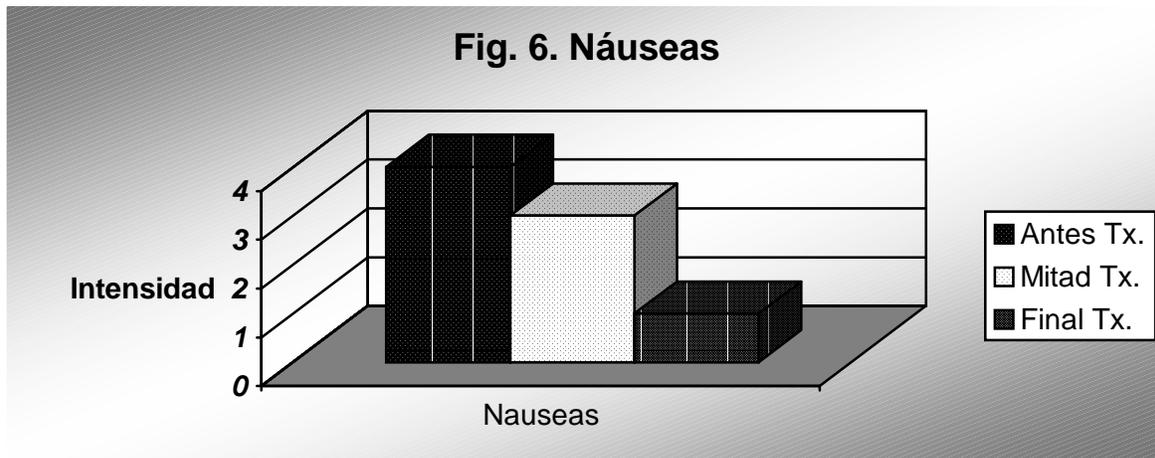
La intensidad promedio, en escala de 1-10, del dolor articular antes de comenzar el tratamiento era de 7 ($x=6.85$), con una duración variable todos los días. A los primeros dos meses de iniciado el tratamiento era de 5.8 ($x=5.812$), con duración variable en promedio 5 veces por semana; al finalizar el tratamiento la intensidad fue de 3.2 ($x=3.211$) con duración variable y un promedio de 3 a 4 veces por semana. Ver figura 4.



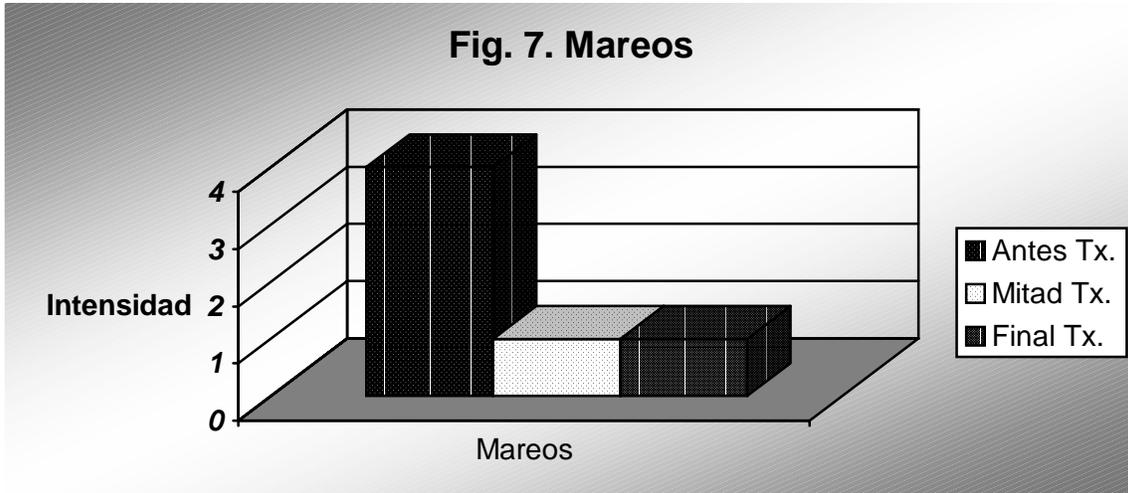
La intensidad del dolor de cabeza, en escala de 1-10, antes de comenzar el tratamiento era de 6 en promedio, con una duración más o menos constante de una hora 5 veces por semana, a mitad del tratamiento, la intensidad era de 4 con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, en promedio 3 veces a la semana; al finalizar el tratamiento la intensidad fue de 2 con una duración de aproximadamente 30 minutos 3 veces por semana en promedio. Ver figura 5



La intensidad de las náuseas, en una escala de 1-10, antes de comenzar el tratamiento era de 4 y se presentaban todos los días con duración variable; a la mitad del tratamiento la intensidad era de 3 con duración variable y cada 5 días en promedio . Al finalizar el tratamiento la intensidad fue de 1 con duración variable presentándose en promedio 2 veces por semana. Ver figura 6

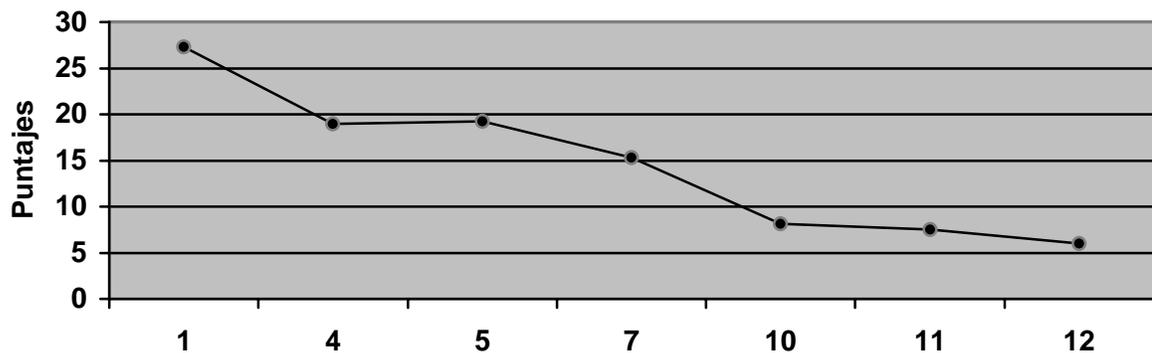


La duración de los mareos, antes de comenzar el tratamiento, era variable con una intensidad en promedio, en escala de 1-10 de 4, dos veces a la semana. A la mitad del tratamiento la intensidad era de 1 con duración variable y se presentaban de manera esporádica. Al finalizar el tratamiento la intensidad fue de 1, con duración variable y se presentaban de manera esporádica. Ver figura 7.

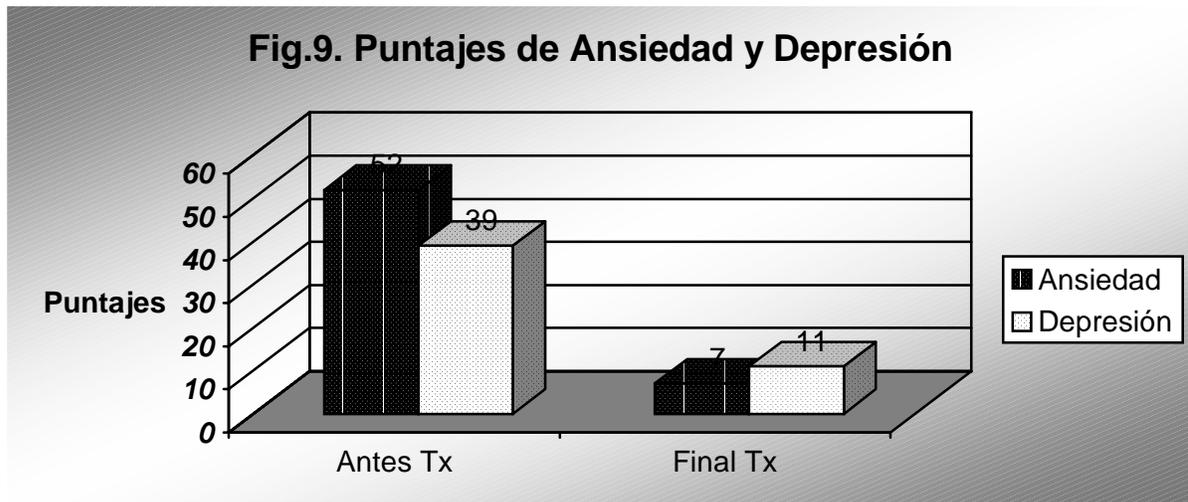


Se obtuvieron 5 puntajes de SLEDAI a lo largo del tratamiento. Al iniciar el tratamiento el puntaje era de 27.3 lo cual indicaba que la paciente se encontraba en una fase de actividad severa del lupus. Al finalizar el tratamiento era de 8.1. Durante la fase de seguimiento se reportaron 2 puntajes más: 7.5 y 6; estas cifras indicaban que la paciente se encontraba con una actividad leve del padecimiento y había logrado una remisión (ausencia parcial o completa de síntomas) de su padecimiento. Ver figura 8

Fig. 8. Puntajes de SLEDAI.



Al finalizar el tratamiento los puntajes en los inventarios de Ansiedad y Depresión fueron de 7 y 11 respectivamente, lo cual indica que tanto la ansiedad como la depresión eran leves en ese momento. Antes de comenzar el tratamiento, los puntajes fueron de 52 y 39 respectivamente (correspondientes a Severo en ambos). Ver figura 9



DISCUSIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de etiología desconocida en la que participan diversos mecanismos inmunológicos de daño tisular; su característica más notable es la presencia de numerosos autoanticuerpos contra antígenos celulares aunque existen otras alteraciones de la respuesta inmune.

El desafío para los pacientes con Lupus es disminuir los daños y promover el mejor estado de salud posible. Cambios en el estilo de vida, que sólo pueden ser llevados a cabo por los pacientes, son con frecuencia la clave para prevenir o limitar los efectos secundarios del tratamiento con corticosteroides (prednisona).

Diversos estudios demuestran que una variedad de intervenciones psicoeducacionales, las habilidades en solución de problemas y el uso de técnicas cognitivo conductuales, en pacientes

con enfermedades reumáticas, proporcionan una mejora significativa en la relevación del dolor, de la depresión y de la inhabilidad y que la autoeficacia y el apoyo social son predictores de los estados psicológicos y de salud de pacientes con LES; sin embargo, en la literatura son pocas las intervenciones que contemplan toda la variedad de intervenciones mencionadas, en un mismo protocolo de intervención.

La aplicación del programa para dar atención a paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, descrita en el presente trabajo, de acuerdo a los resultados obtenidos en los inventarios, puntajes de SLEDAI y registros de la paciente, cumplió con el objetivo planteado al inicio de la intervención.

Se pudo observar que la paciente acude a su consulta médica puntualmente y su toma de medicamentos es constante. Así mismo, la paciente se adhirió a un plan nutricional y adoptó la práctica de ejercicio de manera regular. Al iniciar el tratamiento la paciente tenía un peso de 76 kg (12 kg por encima del peso deseable), con niveles de colesterol de 243 mg/dl, triglicéridos 172 mg/dl los cuales se encontraban por encima de los niveles, en cuanto a la glucosa se encontraba en 122 mg/dl, lo cual la posicionaba en una etapa pre-diabética. Al finalizar el tratamiento, la paciente se encontraba dentro del rango de peso que le correspondía de acuerdo a su edad y estatura (61 kg) y los niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa se encontraban dentro de los niveles normales.

Es importante destacar que, fue posible mediante la intervención llevada a cabo, lograr un estado de remisión del Lupus, evitando de esta manera las posibles lesiones en el organismo que el padecimiento y las altas dosis de fármacos pueden provocar.

En este sentido, hay que señalar que fue posible lograr que las dosis de prednisona llegaran a los niveles más bajos; tal cuestión es de suma importancia debido a que las altas dosis del medicamento, aunque en pacientes con lupus muy activo es la única alternativa, es uno de los factores de riesgo más importantes para la osteoporosis y necrosis ósea (necrosis vascular del

hueso), esta última implica un proceso destructivo que suele afectar caderas, rodillas y hombros. Con respecto a la osteoporosis, es posible prevenir o limitar su aparición mediante una rutina de ejercicios físicos y una dieta adecuada..

Por otra parte, también fue posible gracias a la adopción de una dieta adecuada, que la paciente controlara dos de los factores de riesgo existentes para prevenir la aterosclerosis coronaria (la cual es una de las lesiones de mayor importancia que se detecta en pacientes con lupus), los cuales son la hiperlipidemia (colesterol alto) y la obesidad; y del mismo modo poder retardar la evolución del daño renal, ya que ambos factores de riesgo, también son predisponentes para el daño nefrológico.

Así mismo, la intervención llevada a cabo, contribuyó a el control de estados de tensión emocional, la cual representa, tal como diversos estudios señalan, un aspecto importante en la exacerbación del lupus.

Cabe señalar, que en la intervención llevada a cabo, si bien pueden señalarse cambios y mejoras en el estado de salud de la paciente, no es posible delimitar en qué medida cada una de las técnicas utilizadas contribuyeron en dichos cambios y mejoras debido a que en muchos casos durante el tratamiento, se utilizó más de una técnica a la vez.

Con respecto al protocolo de atención a pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, sería deseable incluir los apartados relacionados con la atención al paciente, una vez que ya ha sido afectado algún sistema del organismo; dichos aspectos no fueron considerados pues al momento de crear el protocolo se hizo pensando en las necesidades que tenía en ese momento la paciente que se iba a tratar, quien no presentaba daños serios en ningún sistema.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS DURANTE LA RESIDENCIA.

Durante los dos años de residencia en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, bajo un esquema de supervisión en cascada (ver anexo relacionado con Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos y su funcionamiento), permitió la adquisición de una amplia gama de destrezas que van desde la elaboración de entrevistas de exploración hasta la estructuración de programas de intervención. Con respecto a las competencias alcanzadas se pueden señalar:

- Capacidad de evaluar, diagnosticar y llevar a cabo programas de tratamiento donde se planteen las estrategias de intervención a través de las técnicas respaldadas teóricamente.
- Habilidades en entrevista psicológica.
- Establecer hipótesis a confirmar en la entrevista.
- Establecer la impresión diagnóstica
- Elaboración de planes de tratamiento.
- Manejo teórico de las principales técnicas cognitivo conductuales y sus principios básicos.
- Aplicación de técnicas cognitivo conductuales.
- Seguimiento de casos clínicos.
- Manejo de factores psicológicos relacionados con las enfermedades crónico degenerativas.
- Educación para la salud.
- Manejo de factores emocionales en familiares que cuentan con algún familiar que requiere atención psicológica.
- Elaboración de nota psicológica.
- Organización e integración de expedientes psicológicos.

Un aspecto sumamente importante en mi desenvolvimiento profesional, fue el haber conocido la estructura y funcionamiento de un centro que brinda atención psicológica. Si bien es deseable

que el egresado de la maestría en Medicina Conductual desarrolle su trabajo en instituciones hospitalarias; dado que son escasas las plazas en hospitales públicos, bien puede optarse por la conformación programas con las características del PAPAECD dentro de centros de atención psicológica y buscar la derivación de pacientes atendidos médicamente en instituciones de salud pública, lo cual brindaría la oportunidad de demostrar las competencias dadas por la maestría y poder satisfacer la demanda psicológica de los pacientes.

Por otra parte, creo fundamentales no únicamente las competencias alcanzadas relacionadas con la propia maestría, también fue posible ser parte activa del Programa de Atención Psicológica a Pacientes Crónico Degenerativos, desarrollando habilidades de Organización del trabajo, habilidades de Supervisión, habilidades para brindar Asesoría Clínica a los supervisados siguiendo pasos estructurados y habilidades para dirigir grupos.

Durante este periodo, siendo responsable temporal del Grupo Diagnóstico (ver anexo de PAPAECD y su funcionamiento), fue posible brindar apoyo para dar atención a toda la población que acude al Centro de Servicios, supervisando a los terapeutas responsables de hacer las entrevistas de primera vez así como llevar a cabo las mismas y obtener la impresión diagnóstica; y como responsable del Area de Canalizaciones, apoyar en la mejora del proceso de canalización y brindar la mejor opción terapéutica a los pacientes.

En conclusión, con base en la experiencia dentro del Programa de Atención Psicológica a Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas, se puede afirmar que dicho programa cuenta con los elementos necesarios para alcanzar los objetivos planteados por el programa de Residencia en Medicina Conductual, pues se abordaron aspectos relacionados con la resolución de problemas psicológicos de pacientes generados por problemas orgánicos, se desarrollaron intervenciones para favorecer adherencia terapéutica médica, entrenamiento a los pacientes en diversas técnicas como solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, asertividad, afrontamiento y autocontrol y finalmente, hubo la oportunidad de trabajar con los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de

mantener la calidad de vida tanto del paciente como de los miembros de la familia, todo lo anterior, con pacientes con Diabetes, Hipertensión, Cáncer (dentro de las enfermedades crónico degenerativas), además fue posible hacer Intervención en Crisis y se atendieron a pacientes con Depresión, Ansiedad, Fobias, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Esquizofrenia, dicha atención se llevó a cabo apoyados en la estructura del PAPAECD.

ANEXO PAPAECED Y SU FUNCIONAMIENTO.

ADMISIÓN Y CANALIZACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR GUILLERMO DÁVILA”.

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP), requiere de procedimientos que garanticen calidad, así como rapidez y agilidad en la prestación de sus servicios; todo esto, con miras a cada vez de mejor forma, poder cubrir las demandas y necesidades de sus usuarios.

En este sentido, los procesos en los que mayor atención ha de ponerse, son los de admisión y canalización; los cuales a lo largo de la historia del CSP, han tenido que modificarse continuamente, con el fin de prestar mejor servicio.

Con respecto al funcionamiento del Centro de Servicios Psicológicos, se pueden mencionar dos momentos correspondientes al primer y segundo año de residencia, en los

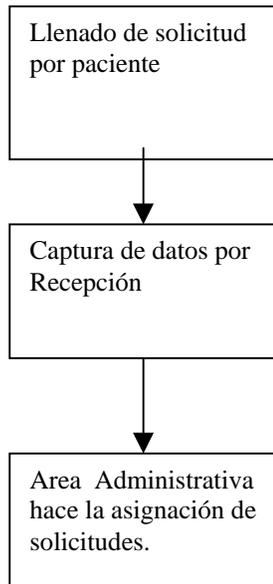
que el proceso de admisión y canalización sufrieron cambios significativos y en los cuales, la que expone, tuvo la oportunidad de participar de manera activa.

Proceso de admisión y canalización (Primer año de residencia).

Durante este periodo, el funcionamiento del CSP (vigente a partir de agosto de 2003 a mayo de 2004), se describe a continuación:

- El usuario debía acudir a solicitar atención; cabe mencionar que no existía una convocatoria en la cual se informara a la población que el centro se encontraba en funcionamiento.
- Después de haber otorgado al personal de recepción una identificación oficial, se le proporcionaba una solicitud, la cual debía llenar con datos relacionados con información general como nombre completo, edad, sexo, estado civil, ocupación, ingresos; así como también el motivo por el cual solicitaba el servicio, la magnitud en la que se encontraban afectadas las áreas: laboral, de salud, familiar, sexual y académica del paciente, finalmente, si existía diagnóstico de alguna enfermedad y si ya estaba siendo tratado, por dicho motivo.
- Una vez que el usuario terminaba de llenar la solicitud, la entregaba de nuevo al personal de recepción quien a su vez, le informaba al usuario que alguien se comunicaría por teléfono para informarle acerca del inicio de su terapia.
- El personal de recepción tenía la tarea de hacer la captura de las solicitudes recibidas. El siguiente paso, era hacer entrega de las solicitudes a la encargada del área administrativa; dicha persona se encargaba de alimentar la base de datos del centro y además era la única responsable de asignar las solicitudes a los diferentes programas y terapeutas, los cuales las aceptaban en la medida que tuvieran disponibilidad para atenderlos y también basándose en el motivo de consulta que hubiese mencionado el usuario.
- El proceso de asignación de solicitudes a los diferentes programas o terapeutas, en ocasiones llegaba a tardar hasta 6 meses e incluso, quizá debido a que esta asignación de solicitudes no contaba con ningún tipo de metodología, algunas de las mismas jamás eran atendidas, provocando con ello en ocasiones, una atención deficiente a los usuarios.

Diagrama: Proceso de admisión y canalización (agosto 2003-mayo 2004)



Proceso de admisión y canalización (Segundo año de residencia).

Durante este periodo (mayo 2004-marzo 2006), el funcionamiento del CSP, tuvo diversos momentos caracterizados por las modificaciones realizadas al proceso de Admisión y Canalización los cuales serán descritos a continuación.

A partir del 31 de mayo al 4 de junio de 2004, el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos (PAPAECD), llevó a cabo el pilotaje de un programa llamado: "Proyecto de Mejora al Proceso de Admisión y Canalización".

Para este fin, se llevó a cabo también la creación del Grupo de Diagnóstico (GD), el cual estaba conformado en un principio por terapeutas del PAPAECD. Este Grupo de Diagnóstico sería el responsable de realizar las Entrevistas de primera vez con la finalidad de obtener una impresión diagnóstica y de esta forma poder canalizar cada uno de los casos al tratamiento que mejor se ajustara a sus necesidades.

Se crea del mismo modo un nuevo formato (ver anexo de formatos para expediente) llamado de PRE-CONSULTA, el cual tenía el objetivo de comprender de manera general la información obtenida en la entrevista de primera vez. Dicho formato, contaba con un área de Datos Generales como nombre, edad, sexo, escolaridad, edo. Civil, teléfono; un apartado para que el terapeuta describa su impresión diagnóstica; un apartado en donde se explica de qué manera el paciente ha intentado solucionar las dificultades que reporta en la entrevista y finalmente, un área en donde el terapeuta menciona cómo dichas dificultades están afectando las áreas: familiar, escolar, laboral, sexual y la de amistades.

Las actividades llevadas a cabo durante la semana de pilotaje del programa, se describen a continuación:

- El paciente, una vez que entregó su identificación en recepción, tiene que llenar totalmente los datos de la ficha de admisión.
- Una vez que el solicitante entrega de nuevo su ficha de admisión en recepción, ésta se encarga de registrar la fecha, folio, nombre del terapeuta responsable del Grupo de Diagnóstico y entregar la solicitud a éste último.
- El Responsable del Grupo de Diagnóstico, registra la fecha, folio, nombre del paciente y nombre del terapeuta asignado para realizar la entrevista.
- El terapeuta asignado realiza su entrevista de primera vez en 30 minutos y hace en el área de recepción el llenado del formato de PRE-CONSULTA y el formato de canalización interna o externa del paciente.
- En el caso de canalizar al paciente de manera interna, se le indica al paciente que espere a que un terapeuta se ponga en contacto para informarle acerca del inicio de su tratamiento. En el caso de canalizaciones externas debido a no poder ser atendidas en el mismo CSP por requerir el paciente otro tipo de atención; en ese mismo momento se le proporciona una Ficha de Canalización con los datos de la institución que pueda atender sus demandas y se explica al paciente el motivo de la canalización.
- El terapeuta asignado para la entrevista entrega al responsable del Grupo de Diagnóstico los formatos de PRE-CONSULTA y Informe de canalización llenados, así como la solicitud del paciente.
- El Responsable del Grupo de Diagnóstico registra finalmente : diagnóstico y el tipo de canalización realizada.
- Se regresan a la Coordinadora del Centro, las solicitudes de los pacientes que fueron canalizados de manera interna para que sean capturadas en su base de datos y puedan ser asignadas.
- Las solicitudes canalizadas de manera externa son capturadas en una base de datos y archivadas en el PAPAECD.

Diagrama del piloteo de Proyecto de Mejora del Proceso de Admisión y Canalización.

Llenado de solicitud

Registro de folio, nombre y firma de responsable de GD

Registro y asignación por parte del responsable GD

Terapeuta realiza entrevista en 30 min.

Terapeuta obtiene impresión diagnóstica y canaliza de manera interna o externa

En caso de canalización interna se pide al pc espere ser contactado

En caso de canalización externa se informa al pc. Y se entrega Ficha de canalización.

Terapeuta entrega al responsable de GD solicitud y formatos de preconsulta e informe de canalización.

Responsable de GD registra el diagnóstico del pc y a dónde fue canalizado, hace entrega a la Coordinación de solicitudes canalizadas de manera interna para ser asignadas.

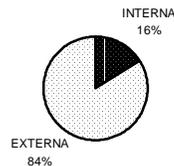
Las solicitudes canalizadas de manera externa se capturan en base de datos y son guardadas en el PAPAECD

Resultados obtenidos del Piloteo:

Durante la semana de piloteo se recibieron 342 solicitudes de las cuales, fueron atendidas 67 por el Grupo de Diagnóstico y las restantes quedaron en espera.



De las 67 solicitudes atendidas por el Grupo de Diagnóstico, 11 fueron canalizadas de manera interna a alguno de los programas del C.S.P. ya que estos eran los espacios con los que se contaba en esos momentos; a las restantes 56, se les canalizó de manera externa. Durante este proceso, se le ofreció a los pacientes permanecer en lista de espera, pero en su mayoría aceptaron la canalización externa, ya que las propuestas de instituciones contaban con cuotas accesibles, con lugares disponibles y eran especializadas en la problemática del paciente.



Cabe mencionar, que con la finalidad de evaluar el piloteo del Proyecto de Mejora al Proceso de Admisión y Canalización, se realizó un seguimiento vía telefónica a los pacientes canalizados de manera externa.

De estos 56 pacientes canalizados de manera externa sólo pudo localizarse a 42, de los cuales el 50% ya habían establecido contacto con la institución a la cual se le había enviado, el otro 50% aún no lo habían hecho debido a que reportaban exceso de trabajo o por estar al final del semestre escolar.



Durante el lapso del piloteo, pudieron sacarse conclusiones importantes como:

- La posibilidad de atender parte considerable de la población que asiste al Centro a pedir servicio, a pesar de contar con pocos recursos (5 terapeutas y 5 cubículos).
- Hubo respuesta favorable por parte de los pacientes, ya que al enterarse de que en ese mismo momento, después de llenar los datos de su solicitud, se les realizaría una primera entrevista, aceptaron esperar el tiempo que fuera necesario para ser atendidos.
- Se observó que 30 minutos de entrevista son suficientes para obtener la información necesaria, elaborar una impresión diagnóstica y realizar una canalización adecuada.
- La viabilidad de poder canalizar pacientes de manera externa, y que estos acepten dicha propuesta, una vez que saben que la institución que se les ofrece atenderá sus demandas.
- Se pudo corroborar que es importante realizar seguimiento de los pacientes atendidos, a fin de evaluar los procedimientos realizados y de esta forma tener la posibilidad de hacer las modificaciones necesarias para mejorar su efectividad. El seguimiento telefónico, mostró resultados favorables ya que fue posible contactar aproximadamente al 80% de la población.

Los resultados obtenidos con el piloteo, fueron mostrados a las autoridades y terapeutas del CSP en una junta informativa. El Proyecto de Mejora del Proceso de Admisión y Canalización fue aprobado, con lo cual se extendió una invitación a los terapeutas del CSP a integrarse al Grupo de Diagnóstico para la realización de entrevistas de Pre-Consulta.

A partir del 19 de agosto del 2004, se implementa el Proyecto de Mejora, a continuación se describen las actividades relacionadas al mismo:

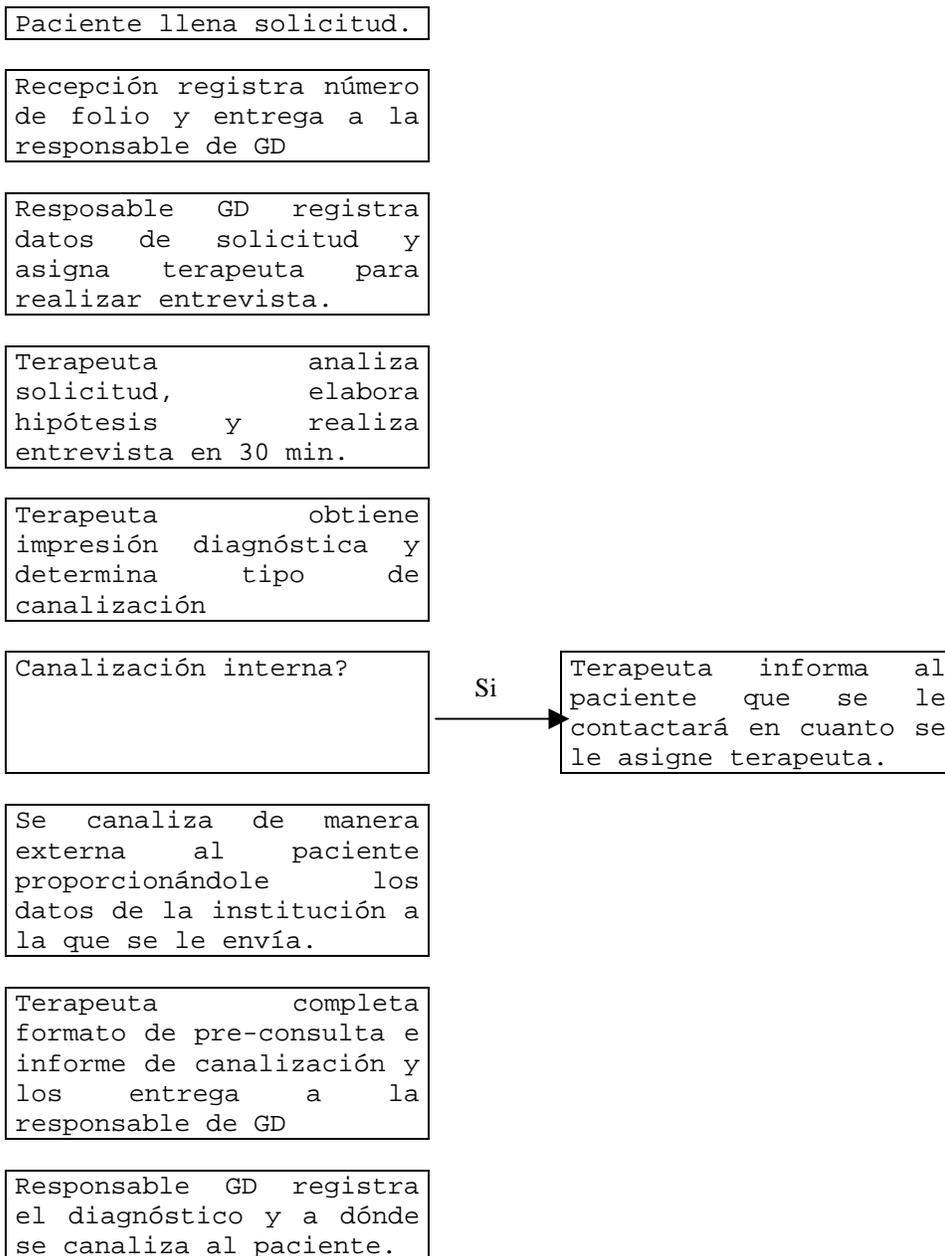
- Se optó por el uso de una convocatoria, colocada en los accesos del CSP, en la cual se informaba que las solicitudes para recibir atención se entregarían de lunes a viernes en un horario de 8 a 10 hrs, con un límite de 20 solicitudes; posteriormente el horario fue modificado de 8:30 a 9:30 hrs, debido a que se observó mayor afluencia de pacientes en dicho lapso.
- Recepción entrega al paciente la solicitud, una vez que proporciona una identificación oficial (en el caso de menores, el padre o tutor es quien llena la solicitud. Se le explica al paciente que al finalizar el llenado de su ficha de admisión, se le realizará una entrevista con duración de 30 minutos. En el caso de que el paciente no cuente con tiempo para dicha entrevista, se le programa para una fecha posterior.
- Una vez que el paciente ha llenado su solicitud y la entrega en recepción, las encargadas de la misma, corroboran que haya requisitado todos los datos, le regresan su identificación, anotan el número de folio y la entregan a la responsable del GD, quien a su vez firma de recibido.
- La responsable del GD, registra el número de folio de la solicitud, la fecha de recepción, nombre del paciente, nombre del terapeuta que realizará la entrevista y el número telefónico del solicitante.
- El terapeuta asignado del GD analiza la solicitud, elabora hipótesis y realiza la entrevista.
- Durante la entrevista, el terapeuta comienza el llenado del formato de Pre-Consulta.
- Una vez que el terapeuta finaliza la entrevista, obtiene una impresión diagnóstica, determina a qué programa o institución será canalizado y en el caso de que está sea de manera externa elabora la ficha de canalización con los datos del mismo.
- El terapeuta indica al paciente el programa al cual se la canalizará (en el caso de que se quede en el CSP) y le pide espere a que se pongan en contacto vía telefónica para informarle acerca del inicio de su tratamiento. En el caso de canalización externa el terapeuta entrega la ficha de canalización con los datos de la institución a la cual se le envía.
- El terapeuta termina el llenado del formato de pre-consulta y el informe de canalización interna o externa y los entrega a la responsable del GD.
- La responsable del GD supervisa los formatos recibidos, registra el diagnóstico del paciente y el programa o institución a la cual fue canalizado.

- Se hace entrega a la Coordinadora del Centro los casos canalizados de manera interna, a fin de que los asigne a los diferentes programas. Los casos canalizados de manera externa, son registrados en una base interna del PAPAECD y archivados en el mismo programa.

En el caso de pacientes que requieren una evaluación previa a su canalización, al finalizar la entrevista se les programa una cita para tal fin, a la cual sigue una sesión de entrega de resultados y canalización.

En algunos casos durante la entrevista, se identifica que el paciente únicamente requiere de Orientación Psicológica y no de todo un Tratamiento Psicológico; en tal caso, se hace la intervención necesaria y se le da de alta.

Proceso de Admisión y Canalización a partir de la aprobación del "Proyecto de Mejora del proceso de admisión y canalización".

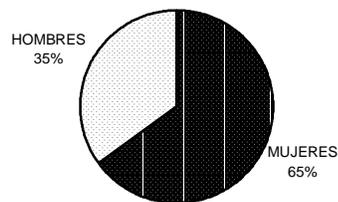


Responsable entrega
solicitudes canalizadas
internamente a la
Coordinadora del Centro.

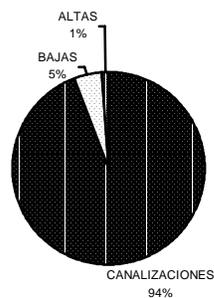
Las solicitudes
canalizadas externamente,
son registradas y
archivadas en el PAPAECD.

A partir de la aceptación del Programa de Mejora y de su puesta en marcha, se realizó un nuevo seguimiento a los tres meses de su inicio, con el fin de hacer un análisis del mismo y llevar a cabo las medidas correctivas que fueran necesarias; este nuevo seguimiento abarcó del 19 de agosto al 19 de noviembre de 2004, y los resultados se muestran a continuación:

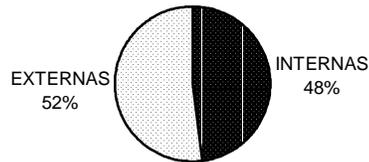
Se recibieron 507 solicitudes, con un promedio de 10 por día, de las cuales el 65% fueron mujeres y 35% hombres



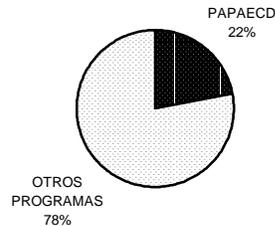
Del total de solicitudes el 95% fueron canalizadas de manera interna y externa, 5% fueron bajas y 1% altas. Las bajas se debieron a que a los usuarios que solicitaron el servicio, se les reprogramó para su entrevista en 3 ocasiones y no asistieron a la misma.



Del total de solicitudes canalizadas, 52% fueron externas y 48% internas.



De las canalizaciones internas, el Programa de Atención a Enfermos Crónico Degenerativos, recibió el 22% y el 78% fueron canalizadas a otros programas del centro de servicios.



También fue posible obtener las frecuencias en cuanto a su diagnóstico de todas las solicitudes, los más reportados fueron: ansiedad (58), déficit en solución de problemas (54), depresión (47), déficit en habilidades sociales (44), problemas de pareja (33), déficit en control y manejo de enojo (32), dificultades con autoeficacia (29), problemas familiares (28), duelo (19), salud (18), problemas psiquiátricos (17), dificultad en toma de decisiones (17), problemas sexuales (16), adicciones (14), pensamientos distorsionados (12), problemas académicos (9), dificultades relacionadas con preferencia sexual (4), fobia social (4), trastornos alimenticios (3).

Del seguimiento realizado se pudieron obtener conclusiones importantes, las cuales se mencionan a continuación:

- El contar con una convocatoria para la entrega de solicitudes y colocar avisos informativos de la misma, permitió a los interesados conocer el procedimiento para tener acceso al servicio y evitar la incertidumbre de cuándo podrán ser atendidos.
- La modificación al horario de entrega de solicitudes (de 8-10 hrs, cambió a 8:30-9:30), permitió disminuir la presencia de tiempos muertos, ya que en ese horario se logró concentrar con mayor éxito a la población que acude a solicitar el servicio y las entrevistas se realizan de manera continua, terminando el proceso de pre-consulta, alrededor de las 10:00hrs; lo cual es beneficioso debido a que no se interfiere con la realización de las tareas cotidianas, tanto del centro de servicios como de los integrantes del PAPAECD.
- La entrega diaria de solicitudes, da la flexibilidad al paciente de acudir de acuerdo a su disponibilidad de horario y evitar pérdidas considerables de tiempo.
- Un límite de 20 solicitudes diarias, permite realizar las entrevistas sin que el paciente tenga que esperar mucho tiempo para ello.
- El uso de un formato de pre-consulta (al cual se le hicieron algunas modificaciones...Ver anexo 5), permite la identificación de información importante e independientemente del marco teórico que maneje el terapeuta, facilita la conceptualización general del caso.
- El hecho de que el centro de servicios, entregue solicitudes de manera constante, da la posibilidad de que el usuario reciba atención temprana y oportuna, aún cuando su caso no sea atendido en el mismo centro, ya que existe la alternativa viable para recibir la atención que necesita en otras instituciones, mediante la canalización externa.
- El registrar y archivar las solicitudes permite llevar control de los casos, de tal manera que en caso de cualquier tipo de aclaración, se cuenta de manera rápida con toda la información necesaria.
- Durante el seguimiento también quedó de manifiesto que si bien, la mayor parte de la población a la que se canalizó de manera externa estuvo de acuerdo, algunos otros reportaron no tener claro el por qué de su canalización. También durante el seguimiento se pudo averiguar que algunas personas no habían acudido a la institución a la cual se le había canalizado y en algunos casos esto era ocasionado por una serie de pensamientos erróneos. Todo lo anterior daba pauta para pensar en nuevas alternativas de cómo llevar a cabo el proceso de canalización externa de los pacientes.

El funcionamiento relacionado con admisión y canalización dentro del Centro de Servicios Psicológicos se mantuvo más o menos de la misma forma hasta junio de 2005, durante este lapso, se llevaron a cabo cada dos meses, seguimientos vía telefónica de los pacientes con el fin de corroborar que los procedimientos de pre-consulta, canalización y atención de los

pacientes, fueran ágiles y se estuviera brindando calidad en el servicio a los usuarios; por otra parte, esto también permitió retomar los casos de pacientes que por alguna razón no habían aún recibido atención (ya sea que se les hubiera canalizado interna o externamente) y darle solución a cada uno de estos.

Así mismo, se pudo contar con la participación de residentes de la maestría en Terapia Familiar, quienes se unieron al Grupo de Diagnóstico.

A partir de junio de 2005, la Psic. Rebeca Sánchez Monroy, es nombrada como Coordinadora del Centro de Servicios Psicológicos, a raíz de lo cual, se sucedieron una serie de cambios relacionados con el proceso de admisión y canalización. Dichos cambios respondieron a la fuerte demanda que para ese entonces ya había en el CSP y apoyados por las opiniones obtenidas a través de los pacientes, durante los seguimientos.

Uno de los sucesos más importantes a mencionar, es que a partir del 8 de agosto de 2005, el CSP abrió su servicio también por las tardes en un horario para entrega de solicitudes, de 16-17 hrs.

El nuevo proceso de admisión y canalización, se describe a continuación:

- Colocación de avisos en los accesos al Centro de Servicios Psicológicos, en donde se informa que las solicitudes para recibir el servicio serán entregadas de lunes a viernes en un horario de 8:30-9:30 hrs y de 16-17 hrs.
- Recepción entrega al paciente la solicitud, una vez que proporciona una identificación oficial (en el caso de menores, el padre o tutor es quien llena la solicitud). Se le explica al paciente que al finalizar el llenado de su ficha de admisión, se le realizará una entrevista con duración de 30 minutos. En el caso de que el paciente no cuente con tiempo para dicha entrevista, se le programa para una fecha posterior.
- Una vez que el paciente ha llenado su solicitud y la entrega en recepción, las encargadas de la misma, corroboran que haya requisitado todos los datos, anotan el número de folio y la entregan a la responsable del GD, quien a su vez firma de recibido.
- La responsable del GD, registra el número de folio de la solicitud, la fecha de recepción, nombre del paciente, nombre del terapeuta que realizará la entrevista y el número telefónico del solicitante.
- El terapeuta asignado del GD analiza la solicitud, elabora hipótesis y realiza la entrevista.
- Durante la entrevista, el terapeuta comienza el llenado del formato de Pre-Consulta.
- Una vez que el terapeuta finaliza la entrevista, obtiene una impresión diagnóstica y le informa al paciente que en una semana aproximadamente se comunicarán con él vía telefónica, para informarle acerca de su canalización.
- El terapeuta termina el llenado del formato de pre-consulta; con la finalidad de reducir tiempo en el llenado de formatos, ya no se llena el informe de canalización interna o externa, el terapeuta únicamente anota la recomendación del tipo de tratamiento que sugiere para el pc en la parte de arriba del formato de pre-consulta y hace entrega del mismo a la responsable del GD.

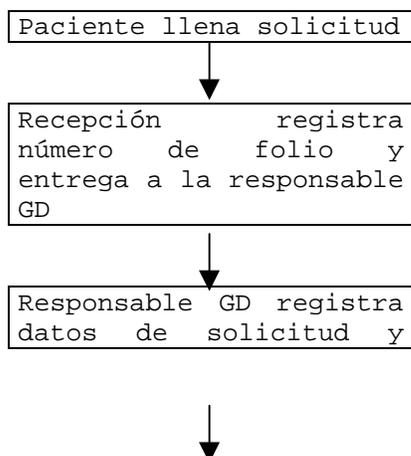
- En el caso de que el paciente requiera ser evaluado, se le pregunta acerca de la posibilidad de que se quede para poder hacerlo en ese mismo momento, en caso de que el paciente no pueda, se le reprograma.
- La responsable del GD supervisa el formato recibido, registra el diagnóstico.
- La responsable del GD, registra en una base de datos todas las solicitudes recibidas en ambos horarios
- Cada semana, se lleva a cabo una reunión con la Jefa del Centro y la Responsable de Canalizaciones, para decidir el tipo de canalización de cada uno de los pacientes.
- Una vez que se hicieron las canalizaciones internas y externas, las solicitudes son entregadas a la encargada de la base de datos para que las registre.
- Una vez que la encargada de la base de datos registra las solicitudes, las entrega de nuevo a la jefa del centro, quien a su vez se encarga de repartir las canalizaciones internas a los diferentes programas de atención del centro y las externas a la Responsable de Canalizaciones.
- La Responsable de Canalizaciones, se pone en contacto vía telefónica o mediante telegrama con los pacientes y les indica pasar a recoger su canalización.
- Una vez que el paciente acude al centro a recoger su canalización, se le pasa a un cubículo para informarle acerca de su canalización. En esta reunión, la Responsable de Canalizaciones le indica los motivos por los cuales se toma la decisión de enviarlo a otra institución y se aclaran las posibles dudas que el paciente tenga al respecto.

Para este tipo de canalización externa, se crearon un par de formatos: Referencia y Contrarreferencia; en el formato de Referencia se anotan los datos de la institución a la cual se canaliza al paciente y se le pide que una vez que reciba la atención en esa institución, le pida al responsable de su caso, llenar los datos del formato de Contrarreferencia y que a su vez este formato nos lo haga llegar de nuevo; esto es con la finalidad de asegurar que el paciente asistió a la institución y que está recibiendo la atención que requiere y en algunos casos para asegurar el inicio necesario de un tratamiento previo a la atención psicológica.

También se le indica al paciente que si se le presenta cualquier tipo de problema con la institución a la cual se le canaliza, se ponga en contacto de nuevo con la Responsable de Canalizaciones, para poder darle solución.

Cabe aclarar, que los motivos por los cuales se toma la decisión de canalizar de manera externa tienen que ver en primer término con la naturaleza de la problemática del paciente, en algunos casos el paciente requiere primero de atención médica o de atención psicológica específica especializada con la que posiblemente no cuenta el CSP; en otros casos se tiene que canalizar de manera externa, debido a que el cupo dentro de los programas que actualmente funcionan dentro del centro se encuentran rebasados.

PROCESO DE ADMISIÓN Y CANALIZACIÓN A PARTIR DE AGOSTO DE 2005.



asigna terapeuta para realizar entrevista

Terapeuta analiza solicitud y realiza entrevista de pre-consulta en 30 min.

Terapeuta obtiene impresión diagnóstica

Es necesario evaluar al paciente?

SI

Se pregunta al pc. si puede quedarse para ser evaluado en ese momento, en caso contrario se le reprograma

NO

Terapeuta completa formato de pre-consulta y pide al pc. esperar a que lo contacten.

Encargada GD, recibe formato de pre-consulta y registra diagnóstico

Responsable del GD, registra en una base de datos todas las solicitudes recibidas en ambos horarios

Jefa del Centro y Encargada de Canalizaciones deciden el tipo de canalización de cada uno de los pacientes

Una vez que se hicieron las canalizaciones internas y externas, las solicitudes son entregadas a la



encargada de la base de
datos para que las
registre

jefa del centro se
encarga de repartir las
canalizaciones internas
a los diferentes
programas de atención
del centro y las
externas a la encargada
de canalizaciones



Encargada de
Canalizaciones pide al
paciente pasar por su
canalización



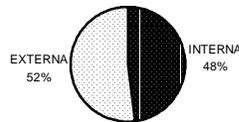
Encargada de
Canalizaciones entrega
Referencia y
Contrarreferencia al
paciente.

Los resultados obtenidos en el proceso de seguimiento, a partir de la última modificación al proceso de Admisión y Canalización llevada a cabo a partir de Agosto a Diciembre 2005 se muestran a continuación.

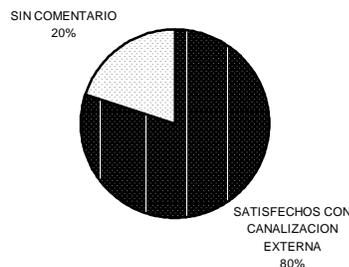
En este lapso, se recibieron 891 solicitudes.

El 96% de los pacientes que fueron hallados durante el seguimiento, manifestaron haberse sentido satisfechos con la pre-consulta.

De los pacientes atendidos, al 48% se le canalizó de manera interna y al 52% de manera externa.



El 80% de los pacientes a los cuales se les realizó el seguimiento, reportó haberse sentido satisfecho con su canalización externa, el 20% restante no tenía una opinión al respecto.



Las problemáticas más frecuentes fueron: Depresión, Ansiedad, problemas de Autoestima, problemas relacionados con Adolescencia, Violencia/Agresividad, Abuso y Violencia Sexual, falta de motivación, Trastornos de la personalidad, Trastornos psicósomáticos, Trastornos orgánicos, Trastornos alimenticios, Problemas de Pareja, Problemas Familiares, Disfunciones sexuales, Adicciones y Fobias.

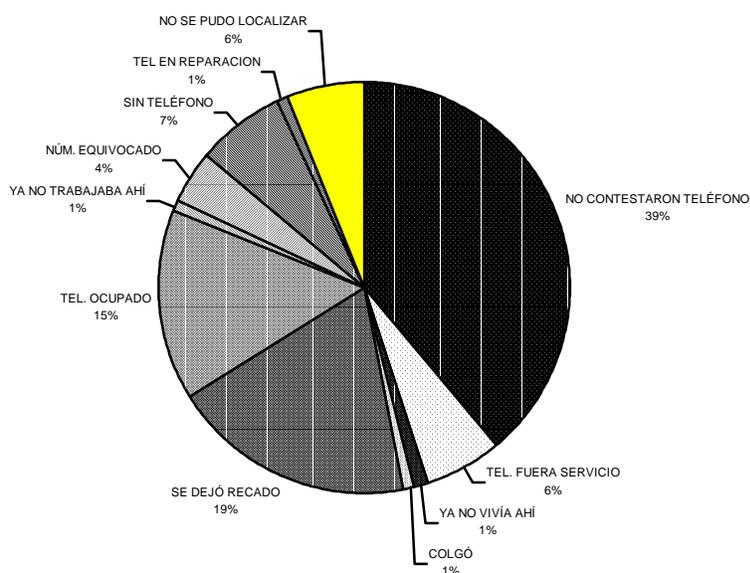
En el periodo de Enero a Febrero de 2006, también se llevó a cabo un seguimiento de todos los pacientes atendidos. En dicho seguimiento se intentó obtener mayor información acerca de los tiempos en los cuales se contactó al paciente una vez que se les realizó la pre-consulta,

acerca de la opinión que tenían de su tratamiento, qué les había parecido ser canalizados de manera externa, si ya habían hecho contacto con las instituciones a las cuales se les canalizó y los motivos por los cuales aún no lo habían hecho; todo lo anterior, con la finalidad de seguir perfeccionando los procesos de admisión y canalización.

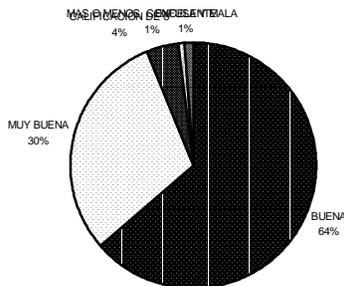
Los resultados del mismo, se muestran a continuación:

Durante este periodo, se atendieron a 344 pacientes en pre-consulta, de los cuales sólo se hallaron para el seguimiento vía telefónica a 83 de ellos.

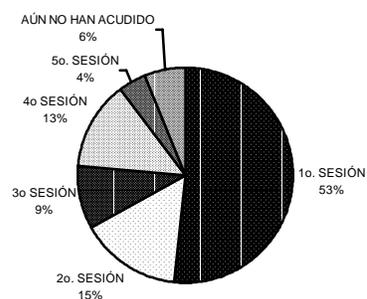
Fueron diversos los motivos por los cuales no se pudieron hallar a todos los pacientes durante el seguimiento llevado a cabo durante este periodo los cuales se muestran a continuación:



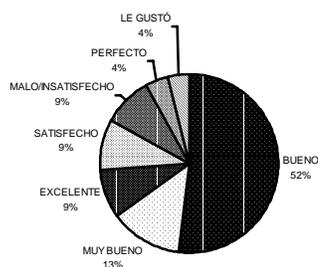
Del total de pacientes localizados, se les pidió dar su opinión acerca de cómo les había parecido la pre-consulta, a lo cual respondieron como se muestra a continuación.



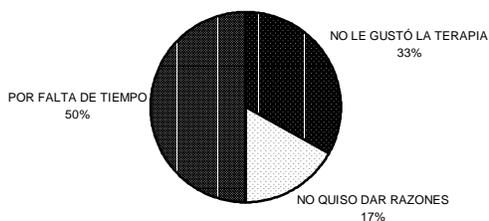
De las personas contactadas, 50% ha acudido ya a su primera sesión, el 15% a la segunda, 9% a la tercera, 13% a la cuarta, el 4% a la quinta sesión y el 6% aún no lo ha hecho.



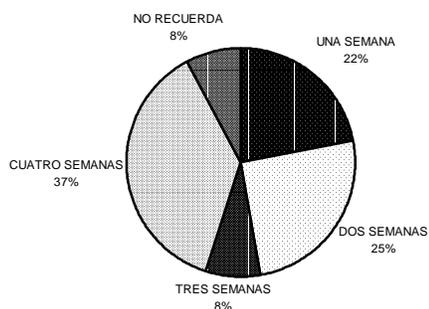
Con respecto a la satisfacción con su tratamiento, el 52% de los pacientes entrevistados en el seguimiento, lo consideran como bueno, el 13% muy bueno, 9% excelente, 9% comentó estar satisfecho con el tratamiento, 9% lo considera malo o que se siente insatisfecho, 4% lo considera perfecto y El otro 4% menciona que le gustó.



Durante el seguimiento, también se obtuvo la información de que algunas personas habían comenzado con su tratamiento y que lo habían dejado, los motivos se muestran a continuación:



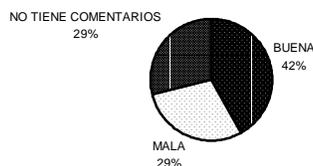
Se preguntó a los pacientes, cuánto tiempo había transcurrido para que los contactaran, una vez que se había realizado la pre-consulta, a lo cual respondieron como se muestra a continuación:



De los pacientes canalizados de manera externa, algunos manifestaron no haber contactado con la institución debido a los motivos que a continuación se muestran:



Finalmente, se les preguntó a los pacientes canalizados externamente, qué les parecía este tipo de canalización, a lo cual contestaron como se muestra a continuación:



Cabe aclarar, que en el caso de las personas que calificaron como mala a la alternativa de canalización externa, tiene que ver con que su intención era que fuesen atendidos en el CSP; en estos casos se contactó de nuevo al paciente y se le programó una nueva cita con el fin de

explicarle nuevamente los motivos para canalizarlo fuera del Centro y persuadirlo para aceptar la alternativa.

Conclusiones de los seguimientos de agosto-diciembre de 2005 y de enero-febrero de 2006.

- La inclusión de un nuevo horario de atención por la tarde tuvo buena aceptación por parte de los pacientes y abrió la posibilidad de abarcar a la población que debido a sus horarios de escuela o trabajo, no habían podido asistir a solicitar el servicio.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, los pacientes en general se muestran satisfechos con el proceso de pre-consulta.
- Las canalizaciones externas, constituyen una alternativa viable para que los pacientes reciban una atención oportuna en caso de no poder ser atendidos en el CSP.
- El nuevo proceso para entrega de canalizaciones externas, al parecer ayudó a que el paciente mostrara mayor aceptación y satisfacción con respecto a este tipo de canalización.

Por otra parte, esta nueva dinámica de trabajo al parecer también tuvo buena aceptación por parte de los otros programas que funcionan dentro del CSP, ya que además de los estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar, también se unieron al Grupo de Diagnóstico el programa de “El juego del Optimismo”, quienes brindan atención a niños dentro del centro y estudiantes de la Maestría en Adicciones.

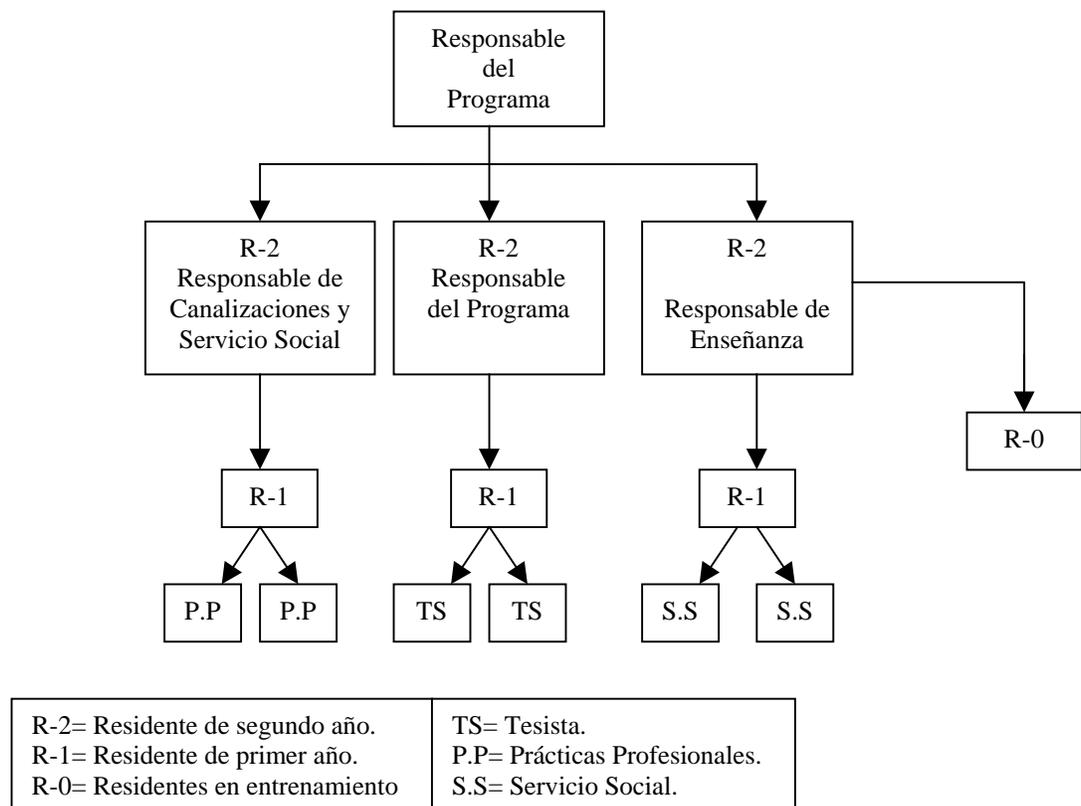
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS (PAPAECD).

El Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos (PAPAECD), fue creado por la Psic. Rebeca Sánchez Monroy en el año 2000. Su objetivo principal fue el de poder entrenar y desarrollar habilidades clínicas en estudiantes de la Maestría en Psicología Profesional, dentro del campo de la Medicina Conductual, así como el de brindar servicio a pacientes con un padecimiento físico o bien, prevenir la aparición del mismo.

FUNCIONAMIENTO.

El funcionamiento del PAPAECD, se da con base en un Modelo de Supervisión y Entrenamiento, igualmente desarrollado por la Psic. Rebeca Sánchez, el cual es ejecutado por los integrantes del programa y se caracteriza por manejar un orden de jerarquías de acuerdo al nivel académico. Este modelo es denominado de “cascada”, ya que los de mayor nivel académico supervisan y entrenan a los de menor nivel académico, aprovechando de esta manera los conocimientos con los que cuenta cada nivel y por otra parte, también es posible desarrollar habilidades de docencia en cada uno de los integrantes (ver figura 1)

Figura 1. Modelo de Supervisión del PAPAECD.



Para que el Programa de Atención Psicológica a Enfermos crónico degenerativos, pueda funcionar, teniendo como base el Modelo, anteriormente mencionado, de “cascada” es necesario proveer de entrenamiento y supervisión a los integrantes del mismo.

Entrenamiento.

Puesto que las competencias sólo pueden ser adquiridas en la práctica, es decir, realizando las tareas, responsabilidades y roles requeridos; dentro del PAPAEC, hay necesidad de un sistema de entrenamiento profesional que permita a sus integrantes entrar en el campo de “aprender en la práctica”, sin tener la responsabilidad completa con los usuarios.

Dentro del PAPAEC, se utiliza un programa de entrenamiento similar al realizado en 1974, por Levine y Tiker (Hess, 1980), en el cual se utilizaron técnicas como el modelamiento, retroalimentación directa y el uso de equipo audiovisual para desarrollar un repertorio de respuestas para el entrenado ; dicho programa está basado en que la exposición gradual a la práctica clínica produce el mejor aprendizaje.

Después del aprendizaje de los principios de la evaluación y terapia conductual, los estudiantes observan terapeutas experimentados en interacción clínica con pacientes y de esta forma, practican respuestas clínicas en rol playing con el supervisor. Una vez que el estudiante ha desarrollado un repertorio de respuestas, puede entrar a una sesión de tratamiento con el supervisor. A lo largo del tiempo , el estudiante incrementa sus responsabilidades en la conducción de la terapia; conforme el estudiante va incrementando su actividad en la terapia, el supervisor va decrementando su acción, y observa al estudiante en la cámara de Gesell.

Según el modelo de cascada, el entrenamiento inicia a partir de la Responsable del Programa a los R-2, de R-2 a R-1 y R-0, de R-1 directamente a prestadores de Servicio Social, a quienes realizan Prácticas Profesionales y a los Tesistas. El proceso de entrenamiento de los integrantes del PAPAEC, se muestra a continuación (Figura 2):

Figura 2. Modelo de entrenamiento del PAPAECD.

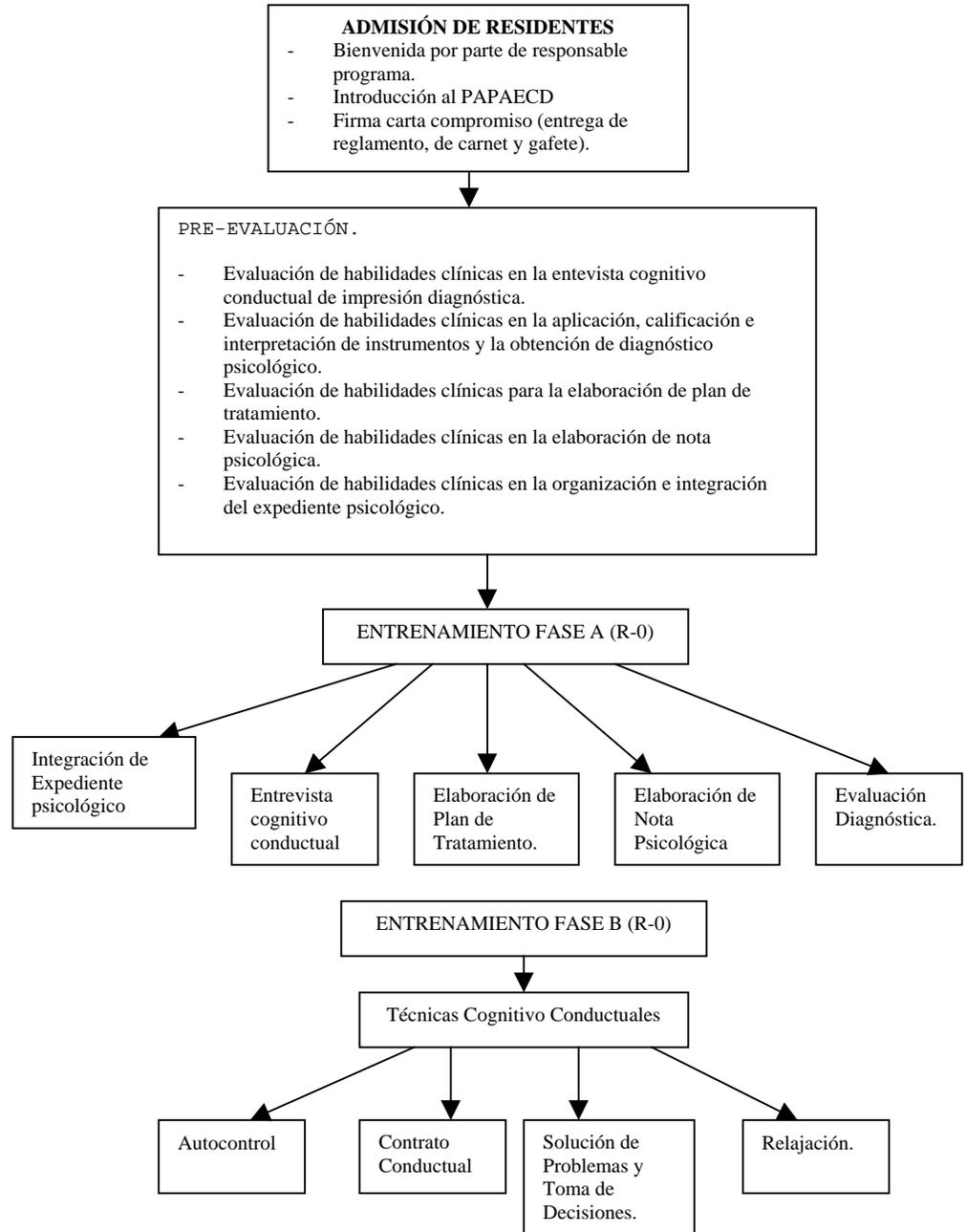
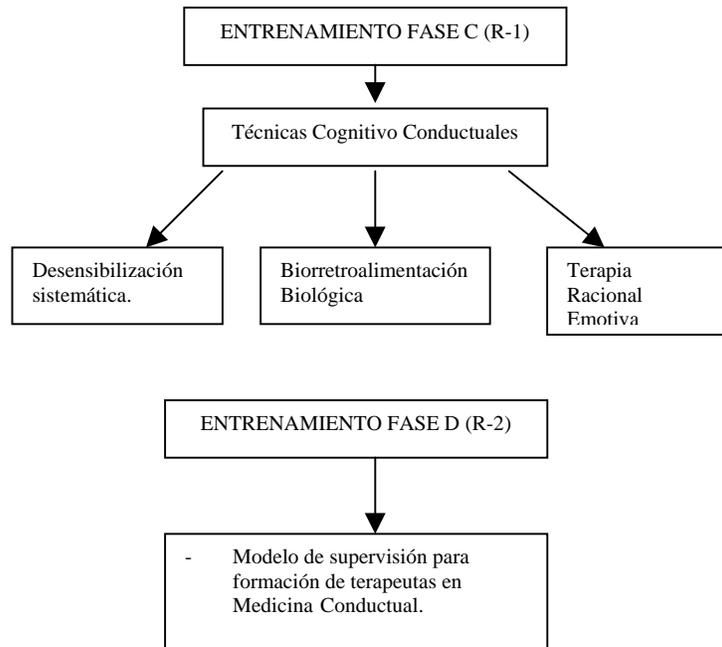


Figura 2. Modelo de entrenamiento del PAPAECD (Continuación).



Supervisión.

De manera paralela al entrenamiento, se lleva a cabo la supervisión de los integrantes del PAPAECED.

La supervisión sirve para promover el proceso de aprendizaje ofreciendo un modelo de rol, entrenando al estudiante durante la socialización y la ejecución en el rol laboral, dando feedback y estimulando la reflexión, proporcionando oportunidades para la consulta acerca de cuestiones técnicas, éticas, etc.

Según Bernard and Goodyear (1992), la supervisión consiste en “una intervención que es provista por un miembro experto de una profesión a un miembro subalterno. Esta relación es evaluativa, se extiende a través del tiempo y tiene propósitos simultáneos de incrementar el funcionamiento profesional del miembro subalterno, monitoreando la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes y sirve como vigilante de aquellos que entran a una profesión en particular” (Watkins, 1997).

En este sentido, dentro del PAPAECED, se establece una relación supervisor-supervisado como medio para adquirir herramientas y técnicas; los supervisados reciben retroalimentación acerca de sus ejecuciones, identifican sus puntos fuertes y débiles, son informados acerca de las áreas que deben desarrollar; así mismo, se auxilia al supervisado a mejorar y hacer más efectivas sus habilidades para conceptualizar casos y llevar a cabo intervenciones y evaluaciones. Finalmente, la supervisión funciona para evaluar y juzgar si el supervisado se encuentra listo o requiere mayor entrenamiento para su trabajo en terapia.

En el PAPAECED, los supervisores tienen la tarea de seguir pasos estructurados, al momento de dar la Asesoría Clínica, los cuales se mencionan a continuación:

- Revisar que el expediente clínico se encuentre organizado para facilitar el manejo de la información de la supervisión.
- Pedir al supervisado una exposición breve del caso (ficha de identificación, motivo de consulta, actividades terapéuticas que se han realizado, reporte de la topografía de la conducta, reporte de resultados de la evaluación psicológica, estado actual del caso).
- Pedir al supervisado que exprese sus dudas en relación al manejo de técnicas y procedimientos en un problema específico.
- Aclaración del caso, en donde el supervisor hace preguntas sobre el caso.
- Retroalimentación al supervisado indicando aspectos técnicos de las intervenciones y señalar aciertos y aspectos a mejorar.
- Elaborar con el supervisado un Esquema de Acción, en donde se considera el objetivo de la sesión siguiente y la delimitación de las actividades para alcanzar los objetivos de la sesión.
- Llevar a cabo un entrenamiento y/o simulación de procedimientos, en donde deben tomarse en cuenta los déficits del supervisado.
- Asignar lecturas especializadas para ampliar y mejorar el empleo de la técnica de intervención de la problemática expuesta.
- Llevar a cabo la detección oportuna del impacto del caso clínico en la estabilidad emocional del supervisado y brindar apoyo vinculando la temática con el ejercicio profesional y la revisión de lecturas especializadas..
- Programar la presentación del caso clínico.

El PAPAECD, además de tener el objetivo de entrenar y desarrollar habilidades clínicas en sus integrantes, cumple otra función igualmente importante la cual consiste en dar servicio psicológico a las personas que acuden a solicitar servicio al Centro de Servicios Psicológicos.

SERVICIO.

El PAPAECD, se encuentra diseñado para el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, y aunque la mayoría de los casos que se canalizan al programa no pertenecen a ese rubro, una de las funciones que tiene el profesional de la salud, es la de detectar la aparición de conductas de riesgo en los pacientes, con el fin de impedir o controlar la aparición de algún trastorno médico a largo plazo.

La enfermedad crónica, puede definirse como aquel trastorno orgánico funcional que persiste por largo tiempo y que obliga a una modificación en el estilo de vida del paciente. Dichas enfermedades, desencadenan problemas psicológicos que pueden complicar el manejo y trabajo médico, por lo cual, en muchos casos es necesaria la intervención del psicólogo .

Con el fin de dar atención efectiva a este tipo de problemas que se presentan en las enfermedades crónicas, el PAPAECD se encuentra lógicamente estructurado en una serie de etapas que inician a partir de la recepción de las solicitudes en el Programa hasta que se da de alta al paciente (Ver Figura 3).

ADMISIÓN.

Como se mencionó anteriormente, una vez que las solicitudes de los pacientes son recibidas en el Centro de Servicios Psicológicos, pasan por un proceso de admisión y después de un análisis exhaustivo, finalmente algunas de las mismas son canalizadas al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.

El Residente responsable (R-2) hace un análisis de cada una de las solicitudes y asigna al terapeuta que se hará responsable de cada uno de los casos.

Las solicitudes son registradas en una base de datos, así como el nombre del terapeuta al cual fue asignada, con el fin de llevar un control estricto de los casos.

El terapeuta responsable del caso, analiza los datos de la solicitud para estructurar posibles hipótesis en torno a la problemática del paciente, que sirvan de guía para la evaluación del paciente.

EVALUACIÓN.

Con el fin de acumular la información que nos sirva para hacer la formulación de cada caso o conceptualizarlo y poder descubrir las aptitudes de un paciente para lograr las metas de un tratamiento, es necesario llevar a cabo una evaluación cognitiva conductual.

La conceptualización de un problema permite al terapeuta entender por qué está ocurriendo el problema, cómo fue iniciado, cómo se ha mantenido, las posibles estrategias de solución que el paciente ha elaborado, las formas en las que es posible prevenir su ocurrencia futura y las variables que deben ser monitoreadas para evaluar el impacto de la intervención. Es importante tomar en

cuenta que en el caso de enfermedades crónicas es necesario integrar el conocimiento de los problemas psicológicos y médicos.

El proceso de evaluación que se lleva a cabo dentro del PAPAECD, cuenta con una serie de procedimientos , los cuales se describen a continuación.

Entrevista de Exploración.

Este tipo de entrevista es utilizada para obtener una impresión diagnóstica del caso, si bien se cuenta ya hasta ese momento con una pre-consulta, la cual nos da idea acerca de la problemática, esta entrevista nos sirve para complementar la impresión y aclarar posibles dudas acerca del caso. Los pasos que se siguen en la entrevista de exploración son:

- Se recibe al paciente en la sala de espera y se le guía hasta el lugar en el cual se llevará a cabo la entrevista, una vez hecho esto, el terapeuta se presenta, indica que será quien esté a cargo de su caso y menciona al paciente que la entrevista tiene la finalidad de identificar su problemática de manera más detallada y así poder brindar un tratamiento que se ajuste a sus necesidades.
- Se corroboran los datos de identificación del paciente y se aborda el motivo de consulta expresado en la solicitud por el paciente y en la pre-consulta por el terapeuta que realizó la entrevista de primera vez., así como las características principales del problema que refiere. De ser necesario, se investiga con mas detalle la frecuencia, topografía, intensidad, descripción de la primera vez que se presentó el problema y subsecuentes.
- Se explora de manera más detallada los intentos de solución realizados por el paciente y los resultados obtenidos.
- Así mismo, se investigan las áreas personales que han sido afectadas por la problemática expuesta.
- Se explora cómo se está manifestando la problemática actualmente.
- Se lleva a cabo la conclusión de la problemática expuesta, haciendo énfasis en la relación existente entre los problemas psicológicos y el estado de salud actual del paciente.
- Se cuestiona al paciente acerca de las expectativas que tiene del tratamiento psicológico.
- Se motiva al paciente relacionando sus expectativas con el tipo de tratamiento que se le puede proporcionar en el centro.
- De ser necesario y según el criterio del terapeuta, se pueden asignar tareas al paciente.
- Se pide al paciente exprese cualquier tipo de duda que tenga y en caso de ser necesario el terapeuta se encargará de despejarlas.
- Se cierra la entrevista indicando al paciente que la siguiente sesión se llevará a cabo una evaluación psicológica que coadyuvará a la construcción de un tratamiento idóneo, se indica la hora de la siguiente cita, así como la cuota por el servicio y se le entrega un carnet en el cual se registrarán las citas.

Una vez que es llevada a cabo la entrevista, los datos obtenidos son registrados en la el formato de Entrevista de Exploración (Ver anexo de formatos para expediente) , así mismo se tiene que registrar la sesión en el formato de Nota Psicológica en dicho formato se registran cada una de las sesiones llevadas a cabo con los pacientes, y es fundamental pues mediante la misma, es posible verificar el adecuado curso del tratamiento,

tanto para el terapeuta como para quien lo supervisa. Los apartados con los que cuenta dicho formato son:

- Descripción del problema: en donde se indica la impresión diagnóstica del caso.
- Objetivo de la intervención: donde se escribe el objetivo que se persigue en las intervenciones de cada sesión.
- Técnica de intervención: se tiene que indicar el tipo de técnica que se utilizó para conseguir los objetivos planteados.
- Procedimiento: en donde se describe a grandes rasgos en qué consistió la sesión y la manera en la cual se realizaron las actividades.
- Resultados: se describe si se cumplió el objetivo de la sesión y de qué forma.
- Recomendaciones: es un apartado que sirve al terapeuta como recordatorio acerca de las tareas dejadas al paciente.
- Observaciones: en este apartado se hacen anotaciones acerca de posibles necesidades dentro del tratamiento que no se habían considerado, anotaciones acerca de algo observado durante la sesión o cualquier tipo de recordatorio relacionado con el caso.

Finalmente, se registran los datos de la ficha de identificación del paciente en la Hoja Frontal que se coloca al inicio de cada expediente como referencia rápida de las características del caso.

Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica.

En la Terapia Cognitivo Conductual, se pone énfasis en los síntomas que a consideración del paciente, más afectan su grado de funcionalidad, por tal motivo, se utilizan los registros de **frecuencia, intensidad y duración de los síntomas**, registros descriptivos de estados emocionales disfuncionales a partir de cogniciones, sentimientos y conductas mediante el formato de **Cadena cognitivo conductual**, registros de **Horario de Actividades** (ver anexo formatos para expediente), **Registros de Medicamentos**, registros de **Control de Peso**, los cuales además, nos permiten la evaluación continua a lo largo del tratamiento.

Si bien, la aplicación de instrumentos psicométricos no es un proceso fundamental en el Programa debido a las características de la terapia cognitivo conductual, es un hecho que los mismos nos pueden auxiliar cuando se sospecha de trastornos psicopatológicos graves que requieran además intervención psiquiátrica y en la obtención de una topografía de la conducta problema, en donde los respuestas del paciente se analizan de manera más cualitativa que cuantitativa..

Los instrumentos que se aplican dentro del Programa a los pacientes son: Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, Escala de Enjojo de Spielberger, Inventario de Resolución de Conflictos de Zurilla el Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein y MMPI.

Reporte de Evaluación Diagnóstica.

El reporte de evaluación diagnóstica, es el resultado de la información obtenida a partir de la entrevista de exploración, resultados de los instrumentos aplicados o de los registros elaborados.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de instrumentos psicométricos son registrados en el formato Modalidad de Tratamiento , en el cual se señalan qué instrumentos fueron aplicados, los datos cuantitativos, aspectos cualitativos a considerar y las propuestas de técnicas a utilizar.

Plan de Tratamiento.

El formato de Plan de Tratamiento es la guía del proceso de tratamiento, dicho formato cuenta en la portada, con los siguientes campos a rellenar:

- Datos de identificación.
- Diagnóstico Médico.
- Diagnóstico Psicológico.
- Objetivo del tratamiento.
- Modalidad y áreas de trabajo.

Así mismo, el formato cuenta con diferentes puntos como:

- Definición de la conducta objetivo: en donde se registran excesos, déficits y recursos cognitivo conductuales con los que cuenta el paciente.
- Métodos de recolección de información: en este apartado se indica la forma en la cuál se detectará la frecuencia de las conductas objetivo.
- Análisis funcional de la conducta: en este apartado se registran las conductas y/o pensamientos que preceden y siguen a la conducta objetivo, así como las recompensas o ganancias secundarias por mostrar dicha conducta..
- Motivación para el cambio: se indican los aspectos que cambiarían de darse una transformación en la conducta objetivo, tanto para el paciente como para las personas involucradas en su problemática (familia, amigos, personal médico). Así mismo se mencionan los reforzadores que posiblemente pudiesen apoyar el cambio en la conducta objetivo.
- Personas significativas para el paciente: en donde se indica si existen personas dentro de la red social del paciente que puedan colaborar con el tratamiento.
- Factores que mantienen el problema: se identifican los aspectos ambientales o psicológicos que contribuyen al mantenimiento de la conducta objetivo, con el fin de poder implementar técnicas para modificarlos.
- Programa de intervención: es aquí donde se estructuran los objetivos generales y específicos , así como las técnicas, procedimientos y actividades para cada área en la que el paciente se encuentra afectado.
- Evaluación del programa de intervención: se especifica el monitoreo, la programación del mantenimiento del cambio de conducta, los resultados y la satisfacción con respecto al tratamiento. Esta

información es útil para el terapeuta, pues le sirve como retroalimentación y como base para reproducir tratamientos similares para poblaciones específicas.

Entrevista de diagnóstico y Plan de Tratamiento.

Una vez que se ha llevado a cabo la Evaluación del paciente, así como la conformación de un Plan de Tratamiento, se cita nuevamente al paciente para informarle acerca de los resultados obtenidos, se explica de qué manera se relaciona la problemática con el impacto en cada una de las áreas de su vida, así como la forma en la cual se pueden realizar modificaciones basados en un tratamiento estructurado.

Es en este momento que se hace una propuesta de cómo se trabajará en la terapia, pudiendo planificar tanto terapeuta, como paciente qué se abordará primero; igualmente se explican los objetivos que se buscan y los estadios del tratamiento.

En caso de que la problemática del paciente requiera además de otro tipo de atención especializada, también se le explican las razones y en caso necesario se lleva a cabo una intervención con el fin de despejar las posibles dudas que el paciente pueda tener al respecto.

Se termina de establecer el encuadre: cuál será la frecuencia de las sesiones y cómo será el trabajo fuera del espacio terapéutico y se establece un contrato con el paciente, en donde éste acepta lo acordado durante la sesión.

Una vez que se llevaron a cabo los pasos de Admisión y Evaluación, se comienza con la fase de Tratamiento.

TRATAMIENTO.

Los Tratamientos que se brindan dentro del PAPAECD, cuentan con una base general, la cual se divide en tres niveles de atención. El tratamiento que se brinda al paciente dependerá de las necesidades específicas que tenga, de tal forma, que no en todos los casos se incluyen los tres niveles.

Primer Nivel de Tratamiento: Educación para la salud.

Según la OMS (1998), la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud, el desarrollo de habilidades personales, el fomento de la motivación y autoestima, que conduzcan a la salud individual y de la comunidad las cuales son necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud; debe incluir además, información relativa a factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

En ese sentido, la intención de este primer nivel de tratamiento es la de llevar a cabo un proceso de formación y de responsabilización del paciente a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de su salud.

En este primer nivel de tratamiento, se intenta incidir en aquellos casos en los cuales el paciente se encuentra en una situación de falta de información acerca de posibles padecimientos físicos, en casos en los cuales el paciente presenta ideas equivocadas en relación con la enfermedad, las cuales de alguna manera pudiesen obstaculizar una adecuada adherencia a los tratamientos médicos.

Esta Educación para la Salud, implica presentar de manera clara y sencilla al paciente, información científica que le permita formar una idea más clara y formular expectativas más realistas acerca de su padecimiento, así como aprender acerca de la forma en la que puede controlar algunas situaciones vinculadas a su padecimiento.

Para llevar a cabo esta fase, nos valemos de diversas técnicas, las cuales se explican a continuación:

Exposición.

Mediante el uso de esta técnica, se explican temas con el fin de informar aspectos vitales para el paciente.

Para poder llevar a cabo la exposición de temas, el terapeuta tiene la responsabilidad de documentarse, organizar la información y elaborar materiales que apoyen la exposición.

Con esta técnica se busca promover **aprendizajes significativos** en el paciente, por lo cual es necesario que la exposición reúna las siguientes condiciones (Ausubel, 1983):

- a) "El contenido propuesto como objeto de aprendizaje debe estar bien organizado, de manera que se facilite al alumno su asimilación mediante el establecimiento de relaciones entre aquél y los conocimientos que ya posee. Junto con una buena organización de los contenidos, es precisa además una adecuada presentación por parte del docente, que favorezca la atribución de significado a los mismos por el alumno.
- b) b) ...es preciso además que el alumno haga un esfuerzo por asimilarlo, es decir, que manifieste una buena disposición ante el aprendizaje propuesto. Por tanto, debe estar motivado para ello, tener interés y creer que puede hacerlo.
- c) Las condiciones anteriores no garantizan por sí solas que el alumno pueda realizar aprendizajes significativos, si no cuenta en su estructura cognoscitiva con los conocimientos previos necesarios y dispuestos (activados), donde enlazar los nuevos aprendizajes propuestos. De manera que se requiere una base previa suficiente para acercarse al aprendizaje en un primer momento y que haga posible establecer las relaciones necesarias para aprender."

En este sentido, es de suma importancia hacer la valoración acerca de los conocimientos previos del paciente acerca de los contenidos de la exposición y el grado de motivación que posee el paciente para asimilar el conocimiento; dichos aspectos tienen que considerarse para ir adecuando la información que se presenta, además de contemplar otros posibles temas de aprendizaje previos

que el paciente deba tener en su haber, con el fin de garantizar la adecuada asimilación de la información.

Biblioterapia.

La biblioterapia según Thiago (2003), puede considerarse bien como un proceso de desarrollo personal o bien como un proceso clínico de cura.

Esta es otra técnica de las que nos valemos para brindar Educación para la Salud. Como se mencionó en el punto anterior, en ocasiones es necesario que el paciente tenga en su haber cierto conocimiento previo acerca de determinados temas, con el fin de poder asimilar de mejor forma la información brindada por el terapeuta. También se utiliza la para modificar actitudes y comportamiento, consiguiendo la solución o mejora del problema de comportamiento presentados y finalmente como apoyo literario personalizado para posibilitar un desarrollo normal y progresivo de la persona que busca ayuda.

En este sentido, el terapeuta propone al paciente la lectura de bibliografía específica, puede ser que se dejen tareas para realizarse en casa y se discutan posteriormente en la sesión.

Es necesario que el terapeuta, al momento de utilizar esta técnica posea:

- Una comprensión profunda de la naturaleza psicológica del problema que está siendo tratado.
- Una comprensión del contenido del libro prescrito en cuanto al tema tratado se refiere.
- Capacidad para formular hipótesis, en cuanto al impacto que este material tendrá sobre la solución del problema.

Segundo Nivel de Tratamiento: Entrenamiento Social para el cuidado de la salud.

El objetivo de este segundo nivel de tratamiento, es el de entrenar al paciente de ciertas habilidades sociales como: habilidad de comunicación del paciente con el servicio médico y habilidad para obtener apoyo social.; dichas habilidades permitirán que el paciente se provea del apoyo de otras personas y así poder controlar de mejor manera su padecimiento.

Entrenamiento en Habilidades de comunicación paciente-servicio médico.

Muchas veces se olvida que la comunicación y el lenguaje es un poder que tiene el hombre para penetrar en la realidad y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo.

Se ha encontrado (Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, 2001) que si la comunicación en la relación paciente-médico se da de manera efectiva, es más probable:

- 1) Que exista una mayor satisfacción del médico y el paciente.
- 2) Que el paciente se adhiera a los planes de tratamiento.
- 3) Que se tomen decisiones, con respecto a los tratamientos, más adecuadas.
- 4) Se den mejores resultados de salud.
- 5) Que se disminuya la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria
- 6) Adecuada información y educación al paciente acerca de su padecimiento.

Por todo lo anterior, es necesario que el terapeuta evalúe en el paciente los posibles déficits en habilidades de comunicación tomando en cuenta los factores que intervienen en la comunicación entre el paciente y el médico; todo esto con el objeto de poder aplicar técnicas dirigidas a la mejora en sus habilidades de comunicación para este fin.

Los factores que intervienen en la comunicación paciente-médico, según Latorre y Beneit (1992) son:

Percepción de sí mismo: Siempre que una persona establece una relación interpersonal, la imagen de sí misma se pone en peligro. El temor de poner de manifiesto su ignorancia o incompetencia puede ser un factor que interfiera en la comunicación. Las personas se encuentran motivadas para dar una buena impresión y tratan de que los demás les consideren como personas competentes; por esta razón es que los pacientes no preguntan cuando no han entendido las explicaciones del médico y temen expresar sus ideas y temores.

Percepción de los demás: Muchas veces, los pacientes consideran que en las instituciones de salud existe escasez de personal, que los médicos están sobrecargados de trabajo. Piensan que los trabajadores de la salud esperan que los pacientes se comporten como "buenos pacientes", dispuestos a colaborar, poco exigentes e independientes; y es así que no defienden su derecho a la información, comunicación y a la participación en sus propios cuidados.

Influencia del contexto: Los centros de salud generalmente están excedidos en cuanto a la asistencia de pacientes y el equipo médico se comunica solo con personas que tienen el mismo rango (lo que además dificulta una comunicación interdisciplinaria), lo cual contribuye a que la comunicación efectiva se vea aún más obstaculizada.

Habilidades para obtener apoyo social.

El apoyo social puede definirse como la variedad de material y soporte emocional que una persona recibe de otros (Brannon y Teist, 1997).

El apoyo social puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer

necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto... En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés (Cazals y Almudever, 1993).

A continuación se señalan las cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se ha desarrollado (Cazals y Almudever, 1993). Estas perspectivas o aproximaciones han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias: cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel.

Nivel I

El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social es aquel que lo aborda como "Integración social". Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad ...). Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II

La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.

Nivel III

Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

Nivel IV

El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

En resumen, el apoyo social que se brinde a pacientes con algún tipo de padecimiento, es importante debido a que en ocasiones se requiere que el paciente sea llevado a instituciones de salud, se supervise la adherencia a los tratamientos médicos, o requiera ayuda en sus labores cotidianas; por todo lo anterior, en ocasiones es necesario entrenar al paciente para que genere alternativas para conseguir tal apoyo.

Las técnicas que dentro del Programa pueden utilizarse para que el paciente pueda obtener apoyo social son:

Modelamiento. Tiene el objetivo de presentarle al paciente una muestra de una conducta determinada para inducirle a realizar una

conducta similar; en este caso, el terapeuta es el modelo a reproducir por el paciente. De esta forma podría mostrarse al paciente por ejemplo, un modelo de cómo expresar dudas en la consulta.

Juego de roles: Tiene el objetivo de recrear situaciones dentro de la sesión terapéutica, que pudiesen representar algún tipo de problema para el paciente. Por ejemplo, el paciente podría practicar la manera en la cual pedir ayuda a alguien (familiar, amigo, etc) para auxiliarse para tomar el medicamento a las horas establecidas.

Simulación: Consiste en hacer la descripción de la ejecución de la conducta a realizar. Por ejemplo: “cuando tenga que preguntar al médico acerca de una duda, voy a intentar expresarme de manera clara, con un tono de voz audible y me aseguraré de que tengo toda su atención”

Moldeamiento: Se trata de poder establecer una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta.

Retroalimentación correctiva: Mediante esta técnica, el terapeuta va indicándole al paciente lo positivo en sus ejecuciones, así como los puntos a mejorar, de tal forma que en los ensayos conductuales se puedan ir corrigiendo las ejecuciones de manera progresiva.

Tercer Nivel de Tratamiento: Afrontamiento a la Enfermedad.

Lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar, y su vínculo con las emociones que experimenta el sujeto en un determinado contexto.(Lazarus 1993; cit por A.E. López,1999).

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se autocompadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren, todos estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas (como los inhaladores y las inyecciones) que debe utilizar para llevar una vida normal.

Según White (2001), algunos pacientes con historias de problemas psicológicos, incrementan su vulnerabilidad para desarrollar complicaciones como resultado del diagnóstico de una enfermedad crónica. Esto puede ocurrir al diagnosticarla y durante el curso de la

enfermedad, como respuesta a los elementos de tratamiento o eventos que intervienen durante el curso de la enfermedad.

Así mismo, existe otro grupo de pacientes para los cuales el problema médico confiere vulnerabilidad psicológica para experimentar problemas provocados por otros eventos de la vida. Se ha reconocido que los problemas psicológicos pueden provocar trastornos físicos (White, 2001).

Se ha aceptado que las funciones físicas y psicosociales de los pacientes con las mismas condiciones médicas varían ampliamente; y que esto depende de la representación que elabora el paciente, con respecto a la enfermedad. Las representaciones del paciente, influyen en las reacciones emocionales a los síntomas y conductas de autocuidado; de tal forma que los pacientes con una percepción negativa de su enfermedad, tienden a la depresión. Los pacientes que ven su enfermedad como seria, crónica e incontrolable, tienden a ser más pasivos, con menos habilidades, pobre funcionamiento social y problemas de salud mental (White, 2001)

El terapeuta necesita entender la estructura cognoscitiva interpretativa de la cual los pacientes derivan significados de sus experiencias, además es importante que las intervenciones psicológicas lo tengan en cuenta para que sean efectivas.

Entender los significados asociados al diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas, es crucial cuando se aplica la terapia cognitivo conductual a las problemáticas de los pacientes; el conjunto de consecuencias derivadas de padecer una enfermedad crónica es en ocasiones entendida por el paciente en función de sus creencias y suposiciones acerca del mundo que le rodea.

En los últimos años el estudio del papel de las creencias acerca de las amenazas a la salud en el afrontamiento de la enfermedad y en los resultados de salud se ha convertido en una de las áreas más productivas en el seno de la Psicología de la Salud. En este sentido, uno de los marcos teóricos más fructíferos es el modelo de autorregulación o de "sentido común" propuesto por Leventhal y su grupo (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001).

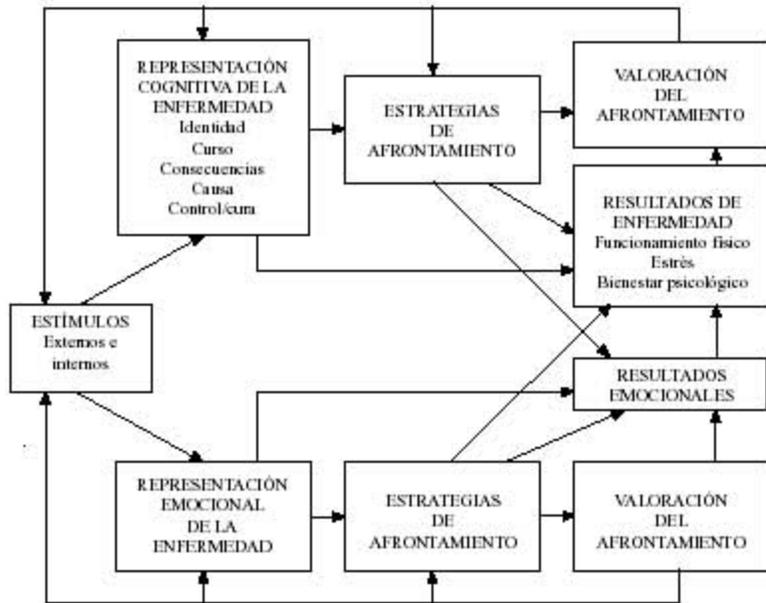
El modelo parte de la consideración de los individuos como "solucionadores" activos de problemas que organizan el procesamiento de la información perceptiva y conceptual referida a las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada mediante un sistema de feedback (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984).

Así, inicialmente, las personas procesan la información externa (p.ej.: un mensaje de un profesional de la salud) o interna (p.ej.: la detección de un síntoma) elaborando una representación cognitiva del problema, así como de las emociones que le acompañan. En una segunda fase se desarrollan planes de acción o procedimientos de afrontamiento (p.ej.: la búsqueda de apoyo o la toma de medicación). Por último, el tercer paso supone la valoración de las consecuencias que pueden afectar a las etapas previas y modificar, por tanto, los subsiguientes episodios ante futuras amenazas de salud.

Un supuesto implícito de este modelo, y que sugiere su potencial utilidad práctica, es el impacto de la representación cognitivo/emocional de la enfermedad en los resultados de salud-enfermedad (estado físico, estrés, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.) y, por tanto, la oportunidad de identificar dicha representación como medio para intervenir y posibilitar la adaptación y la recuperación (Leventhal et al., 2001).

A continuación, se muestra el procesamiento paralelo (cognitivo y emocional) de las amenazas de salud/enfermedad (ver figura 3).

Figura 3 . Modelo de autorregulación de sentido común.



Los contenidos cognitivos de las representaciones de la enfermedad pueden estructurarse en torno a cinco componentes (Leventhal et al., 1984; Leventhal y Diefenbach, 1991; Leventhal et al., 2001): identidad o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, ideas del paciente acerca de las causas de la enfermedad, curso o percepciones de la duración probable de sus problemas de salud, consecuencias o creencias acerca de la severidad y el impacto de la enfermedad y creencias de cura/control.

Leventhal, sugiere una serie de pasos al momento de brindar al paciente una visión realista de su enfermedad:

- La información que se brinda al paciente, debe referirse a las tres etapas de procesamiento antes mencionadas.
- Es necesario evitar discrepancias entre la amenaza objetiva provocada por la enfermedad y la representación que el sujeto hace de ella, controlando al mismo tiempo el esquema afectivo del individuo, ya que puede estar influyendo en su representación de la enfermedad.

- Es necesario especificar metas y objetivos temporales que se refieren tanto al control del peligro que se deriva de la enfermedad como al control del miedo u otras respuestas emocionales.
- El paciente debe estar consciente de que existen factores sociales y ambientales que pueden estar influyendo en la representación que hace de su enfermedad.

En suma, el objetivo dentro de este tercer nivel de tratamiento, es brindar al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de construir representaciones más adecuadas de la misma, creando estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable de todo el proceso.

En este sentido, es importante proveer al paciente de técnicas específicas relacionados con este nivel de tratamiento, los cuales se describen a continuación.

Entrenamiento en manejo de ansiedad.

El entrenamiento en manejo de ansiedad, se basó inicialmente en la teoría del impulso sobre la ansiedad, en la cual la ansiedad se conceptualizaba como una respuesta a los estímulos internos y externos y como poseedora de propiedades estimulares que influían sobre respuestas posteriores. De modo específico, en una cadena de conducta en desarrollo, la ansiedad era una respuesta para los estímulos precedentes y un estímulo para la conducta posterior, y un individuo aprendía respuestas que disminuían las propiedades estimulares aversivas de la ansiedad. Se planteaba que se podía entrenar a los individuos a discriminar las propiedades estimulares de la ansiedad y aplicar nuevas habilidades de afrontamiento con las que disminuir la ansiedad (Caballo, 1997).

El entrenamiento en manejo de la ansiedad (EMA), entrena a los individuos a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas cognitivas, emocionales y fisiológicas, especialmente los primeros signos de activación, y reaccionar entonces a estas señales con una nueva conducta que está diseñada para disminuir la aversividad de la respuesta de ansiedad (Caballo, 1997).

En los primeros trabajos (Suinn y Richardson, 1971), el EMA entrañaba el empleo de la relajación y de respuestas de competencia como respuestas de afrontamiento incompatibles con la ansiedad.

Posteriormente, se abandonó el empleo de respuestas de competencia debido a la dificultad de localizarlas en pacientes ansiosos y de emplearlas en circunstancias productoras de ansiedad, y también a causa de la facilidad de utilizar la relajación en las distintas situaciones y con diferentes individuos (Caballo, 1997).

El EMA, además se replanteó también en términos de autoncontrol o automanejo a mediados de los años setenta (Suinn, 1990), de modo que la aplicación y los procedimientos se enmarcan en el entrenamiento del paciente para que reconozca la aparición de la ansiedad y en cómo automanejar la reducción de la misma por medio de la aplicación de las habilidades de relajación, liberando, por consiguiente, el empleo de otras habilidades de afrontamiento.

Técnicas de Relajación.

Al referirnos al concepto relajación, es difícil no dejarse influenciar por el uso común que se le ha dado, al grado que muchos autores han preferido darle otros nombres con el fin de que sea tomado en el sentido correcto. Así Ajuriaguerra propone el término: “Reeducación Psicotónica”, Schultz: “Entrenamiento Autógeno”, Jacobson: “Regulación del Tono Muscular”. Haciendo una revisión etimológica el término relajación se deriva del latín: “Relaxio” que se traduce como acción de soltar, descanso o reposo. Dentro del contexto psicológico un término muy aproximado es el de distensión, es decir un estado donde la tensión es menor a la tensión cotidiana. En este sentido se pueden conceptualizar los métodos de relajación como procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una distensión muscular y psíquica, con la ayuda de ejercicios apropiados, es decir son técnicas que buscan un reposo lo más eficaz posible (Martínez y Asís, 1980).

Para una mayor comprensión, es importante caracterizar el estado de relajación por medio de los signos presentes en el individuo que experimenta este estado. A nivel fisiológico los principales signos son los siguientes: Distensión muscular (Músculos Esqueléticos), disminución de la frecuencia cardíaca (a rangos no patológicos), incremento moderado de la temperatura periférica (como efecto de la vasodilatación), respiración profunda, acompasada y completa (sin esfuerzo), producción de ondas cerebrales del rango alfa, que se encuentra entre 7 – 14 Hz. A nivel psicológico los signos que experimenta el individuo son muy variados teniendo entre los más frecuentes: Sensación subjetiva altamente agradable para el sujeto, sensación de profunda tranquilidad, sensación de estar flotando o sentirse aislado del entorno, imágenes mentales más claras (capaces de producir respuestas emocionales de similar intensidad que las que producen los estímulos reales), mayor sensibilidad a la sugestión y a la autosugestión (Smith y Smoll, 1990; McLeod, 1996).

Un beneficio directo de la práctica de la relajación, consiste en que al practicarla de forma sistemática se aprende a controlar el tono muscular, lo que se convierte en un medio de autorregulación de la respuesta de ansiedad ante los diferentes estímulos. De acuerdo con las diferentes teorías que explican el fenómeno de la relajación, cuando una persona aprende a regular de forma voluntaria el tono muscular, es decir, aprende a relajarse voluntariamente, disminuye los estados de estrés y ansiedad (Eysenck, 1995).

Dentro del Programa, se entrena en diversas técnicas de relajación dependiendo de cada caso.

Puede utilizarse la relajación progresiva de Jacobson, en donde el principal mecanismo de aprendizaje podría ser la discriminación perceptiva de los niveles de tensión electromiográfica en cada grupo muscular a través de los ejercicios sistemáticos de tensión y distensión. También es posible utilizar la relajación autógena de Schultz, en donde el mecanismo de aprendizaje podría estar relacionado con la representación mental

de las consecuencias motoras de la respuesta (sensaciones de pesadez y calor), que dispararían las eferencias somáticas y viscerales correspondientes. Cuando se utiliza técnicas de relajación basadas en la respiración, el principal mecanismo de aprendizaje estaría basado en las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal. El entrenamiento de patrones respiratorios caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones abdominales incrementan el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular a través de los cambios del ritmo cardiaco asociados a la inhalación y expiración de cada ciclo respiratorio (Caballo, 1991).

Se ha considerado que la respuesta de relajación, una vez emitida o evocada, puede ser condicionada a estímulos neutrales del ambiente o ser contracondicionada a estímulos evocadores de ansiedad, de acuerdo con el modelo clásico pavloviano. Este último mecanismo de aprendizaje es el que se ha supuesto como responsable de los efectos terapéuticos de técnicas de modificación de conducta, como la desensibilización sistemática.

Es importante que durante el entrenamiento del paciente en relajación, la obtención de mediciones de tipo fisiológico, esto con el fin de asegurar que efectivamente se está llevando a cabo el ejercicio de manera adecuada. Para tal tarea, el Programa cuenta con un formato de Registro de Relajación (ver anexo 18), en el cual se indican las medidas obtenidas antes y después de la intervención. Las mediciones que pueden realizarse son: presión arterial, tasa cardiaca, temperatura periférica y frecuencia respiratoria; además se llena un apartado con el reporte subjetivo del paciente respecto a las sensaciones percibidas durante el ejercicio y se asegura la concordancia entre el reporte verbal y los datos fisiológicos para verificar si el objetivo de la sesión fue alcanzado.

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Las Habilidades Sociales (H.S) han sido tratadas por numerosos autores en diferentes escuelas, uno de los máximos exponentes es Solter, reconocido como padre de la terapia de conducta, quién en 1949 introdujo en término basado en la necesidad de aumentar la expresividad de los individuos, algunas de las sugerencias son utilizadas en la actualidad. Desde esa fecha a la actualidad han surgido disímiles criterios que distan más o menos del primero, sin embargo se mantiene la esencia donde se encuentran exponentes como Wolpe (1958), Alberti & Emmens (1978), Linehan (1984), Phillips (1985), Curran (1985), Argyle & kedon (1987) y finalmente Caballo quién en 1987emite un criterio con la cual la mayor parte de los investigadores trabajan en la actualidad el tema. Los trabajos se basan en la realización de un E.H.S (Entrenamiento en Habilidades Sociales) la cual esta matizada por un conjunto de técnicas que ayudan a desarrollar el déficit de H.S en áreas y/o momentos específicos de la vida de un individuo , o problemática que se desencadena a raíz del intercambio social, sin embargo no existe referencia que permita valorar elementos internos o externos que actúen como determinantes en la formación de habilidades sociales (Martínez y Sanz, 2001).

Cuando se habla de habilidades decimos que una persona es capaz de ejecutar una conducta; si hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entendiéndose favorable como contrario de destrucción o aniquilación. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (Martínez y Sanz, 2001).

La capacidad de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables (habilidades sociales) entraña una serie de factores, se refiere a la capacidad de ejecutar la conducta, la conducta en sí, el resultado y lo favorable de esta. La capacidad de ejecutar la conducta supone la posibilidad de realizar una acción, esta acción; que se revierte en la posibilidad de construir hechos se traduce en la persona en lo que constantemente llamamos actos. De alguna manera ello implica y considera al ser humano como generados de actos propios o una voluntad de acciones. La acción de la persona se determina en una o varias conductas interpersonales relacionadas entre sí (intercambio), siendo la conducta empleada un medio para alcanzar una meta que intenta resolver el conflicto entre el yo y la circunstancias o viceversa. Si el resultado o la consecuencia de la conducta obtenida la conformidad del yo y de la circunstancia, entonces se ha resuelto favorablemente el conflicto. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco determinado (Caballo, 1993).

El entrenamiento en H.S. está conformado por una serie de técnicas, las cuales se orientan a la consecución de determinados objetivos particulares (Labrador, et al., 1995).

La planificación de los objetivos y la aplicación de dichas técnicas se realiza de forma coordinada siguiendo una secuencia en la intervención. Las técnicas, los objetivos y la secuencia de aplicación son:

Instrucciones y modelado: Tiene como objetivo informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas.

Ensayo conductual: Su objetivo es hacer que el paciente reproduzca y practique esas conductas.

Retroalimentación y refuerzo: Se tiene como objetivo moldear y perfeccionar las conductas exhibidas por el paciente.

Con el fin de maximizar la eficacia del entrenamiento en H.S., tienen que tomarse en consideración los siguientes puntos:

- Realizar ensayos reiterados para que las conductas se conviertan en habituales.
- Afrontar situaciones múltiples, variadas y lo más relevantes posible.
- Abordar condiciones de entrenamiento y contextos variados lo más similares posible, a los de la vida real.
- Desarrollar capacidades cognitivas que permitan al sujeto discriminar señales sociales y estímulos ambientales; conocer el cómo, cuándo y dónde emplear una habilidad social en situaciones reales.
- Enseñar al paciente a analizar las situaciones sociales reales como todos sus componentes (metas, normas, roles, secuencia y conceptos).

Desensibilización Sistemática.

La desensibilización sistemática es uno de los métodos en donde se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular y, luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad; luego se van presentando estímulos sucesivamente más "fuertes", que son tratados en forma semejante.

Los tres componentes básicos de la desensibilización sistemática (Latorre y Beneit, 1992) son:

- Entrenar al paciente en una técnica de relajación.
- Elaboración de una jerarquía de situaciones relacionadas con la conducta fóbica, que provocan en el paciente una respuesta de ansiedad con intensidad creciente.
- Exposición del paciente, utilizando la imaginación, a cada una de las situaciones de la jerarquía, comenzando por la que provoca menos ansiedad, mientras permanece completamente relajado.

Dado que la ansiedad y la relajación son dos respuestas incompatibles desde el punto de vista psicofisiológico, se produce un proceso de contracondicionamiento según el cual el sujeto dejará de experimentar ansiedad por efecto de la relajación muscular.

Manejo de Contingencias.

El manejo de contingencias es un término que describe cualquier técnica operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias (Caballo, 1991). El modelamiento, tiempo fuera, realización de contratos de contingencias y economía de fichas son algunos tipos específicos de formas para el manejo de contingencias.

En la práctica, el manejo de contingencias como lo refiere Berstein (1982), consiste en la presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas. El término "contingente" simplemente significa que la manipulación de las consecuencias ocurre si y sólo si ha ocurrido la conducta que se planea fortalecer o debilitar.

El manejo de contingencias va a consistir de acuerdo con Rimm y Masters (1984), en la presentación y retiro contingentes de recompensas y castigos. Aunque el terapeuta puede utilizar estos procedimientos, es más factible y efectivo que capacite a otros para que operen como administradores de contingencias, por ejemplo, a los familiares, que de manera más directa están envueltos en la vida del individuo bajo tratamiento.

La noción de contingencia es importante no sólo para comprender la conducta, sino también para desarrollar programas de cambio de la misma. Los eventos antecedentes se refieren a los estímulos anteriores a la conducta, como instrucciones, gestos o miradas de otros. Las conductas se refieren a los actos en sí mismos. Las consecuencias se refieren a los eventos que preceden a la conducta.

Los principios del condicionamiento operante se refieren a distintos tipos de relaciones contingentes entre la conducta y los eventos que la siguen. Los principios más importantes son :

- **Reforzamiento:** es un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. Un evento contingente que incrementa la frecuencia de una conducta se conoce como reforzador. Los reforzadores positivos son eventos que se presentan después de una respuesta y que incrementan la frecuencia de la conducta a la que siguen. Los reforzadores negativos o estímulos aversivos son eventos que se retiran después de realizada una conducta y que incrementan la conducta que precede a su retiro.
- **Castigo:** es la presentación de un estímulo aversivo o el retiro de un evento positivo que procede a una respuesta, lo cual decrementa su frecuencia.
- **Extinción:** Se refiere al cese de reforzamiento de una respuesta. El no reforzamiento de una respuesta da como resultado su reducción o eliminación.

Reestructuración Cognitiva.

Existe en el modelo cognitivo de Beck, un elemento fundamental que señala que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información; de tal forma que , durante el proceso de interpretación de los estímulos, podrían activarse esquemas cognitivos negativos que lleven al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión. De esta forma, el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas, sería la estructuración cognitiva negativa de la situación. Lo que solemos señalar como nuestras reacciones emocionales ante determinadas situaciones están causadas principalmente por nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes y/o automáticas. Así, sentimos ansiedad no ante la situación objetiva, sino ante la interpretación que hacemos de esa situación (Caballo, 1997).

La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas dirigidas a ayudar a la persona a modificar creencias distorsionadas en el paciente, con este fin, es que se instruye al paciente en:

- Identificar el efecto que tienen sus creencias en su estado de ánimo y conductas que realiza.
- Evaluar las situaciones relevantes para si mismo de forma realista.
- Atender los datos existentes en esas situaciones.
- Formular explicaciones alternativas para esas situaciones.
- Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Dentro del Programa, se utilizan Registros de pensamientos alternativos (ver anexo 19), en el cual se pide al paciente que anote la fecha y hora en que está detectando un estado emocional negativo, los pensamientos que pasan por su mente, el tipo y grado de la emoción percibida, cuál es la evidencia a favor y en contra de los pensamientos

anotados y cuáles serían los pensamientos alternativos que podrían surgir a partir de las evidencias encontradas. Finalmente, se registra el tipo y grado de emoción que el paciente experimenta una vez que generó pensamientos alternativos.

Solución de Problemas y Toma de Decisiones.

El proceso de resolución de problemas sociales ha sido definido como el proceso mediante el cual una persona intenta encontrar o implementar una respuesta de afrontamiento efectiva (D'Zurilla, Maydeu-Olivares y Kant, 1998).

Un problema es un tipo particular de relación persona y ambiente que refleja un desequilibrio o discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en ambos. Una solución, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla et al., 1998).

Las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos sino que al mismo tiempo, maximizan los beneficios y minimizan los costos; así se incluyen las implicaciones a corto y largo plazo de la solución así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas.

La solución eficaz de problemas, según D'Zurilla (1999) requiere de los siguientes pasos:

- **Orientación hacia el problema:** son el conjunto de respuestas de orientación que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática.
- **Definición y formulación del problema:** consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Puede incluir una renovación de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. Después de realizar esta paso, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.
- **Generación de alternativas:** implica tener a disposición tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo, la posibilidad de que la "mejor" solución se encuentre entre ellas.
- **Toma de decisiones:** implica comparar y juzgar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la mejor para ser llevada a cabo en la situación del problema real.
- **Puesta en práctica de la solución y verificación:** consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problema. En este punto son necesarias habilidades de auto observación y evaluación del resultado real de la solución.

Para llevar a cabo éste entrenamiento de los pacientes, dentro del programa se cuenta con un formato de Solución de problemas (ver anexo 20), el cual presenta de manera visual los pasos para solucionar problemas y ayuda a que el paciente adquiera con mayor facilidad dicha habilidad.

Autocontrol.

Según Huber (1986), en psicología, se habla de autocontrol en dos casos:

1. Cuando alguien no ejecuta una determinada forma de comportamiento, aún cuando experimentaría inmediatamente consecuencias agradables (refuerzo) con ello.
2. Cuando alguien se expone a una situación desagradable (aversiva) incluso cuando no está obligado a ello.

Kanfer (1978) habla del dominio del autocontrol: "como aquel que cubre los procesos psicológicos que llevan aparejados cambios de conducta en los cuales las influencias externas son suplementadas por individuos y refuerzos autogenerados en casos en que existen conflictos entre posibles elecciones de conducta.

Según este autor al que se adhiere también Huber, la autoregulación (autocontrol) constaría de una serie de fases:

- a). Autoobservación.
- b). Autovaloración.
- c). Autorecompensa o autocastigo.

Para Kanfer la autoregulación está influida por variables situacionales, autogeneradas y biológicas.

Labrador (1995), menciona que el marco global de las técnicas de autocontrol se deriva de los intentos por combinar el enfoque skinneriano, con los resultados de algunas investigaciones que demuestran la repercusión positiva para el individuo de atribuir los resultados de sus acciones a sí mismo, percibirse con algún control sobre su medio y gozar de cierta capacidad de decisión

Mediante las técnicas de autocontrol, se enseña al paciente a conocer los principios de la conducta, para que él mismo pueda aplicarse procedimientos para modificarla. Para ello el individuo debe poseer las siguientes habilidades (Kanfer, 1980):

- 1.- Que sepa observar y registrar objetivamente su propia conducta.
- 2.- Que establezca normas o criterios específicos y razonables a los que pueda ajustarse en el futuro.
- 3.- Que sepa buscar un medio favorable que le permita conseguir dichas normas.
- 4.- Que discrimine correctamente cuando su conducta se ajusta o se aparte de las normas establecidas.
- 5.- Que sepa programar consecuencias reforzantes para aplicarlas a la nueva conducta.

El control de la propia conducta sigue los principios de la modificación de conducta:

- a). Manipulación de las contingencias (técnicas de programación conductual).
- b). Manipulación de los antecedentes de los que la conducta es función (planificación ambiental).

En un programa de autocontrol se tendrán que considerar los siguientes puntos:

- 1.- Técnicas para facilitar el cambio de conducta.
 - a). Autoobservación.
 - b). Contratos de contingencias.
- 2.- Técnicas de planificación ambiental.

- a). Técnicas de control de estímulo.
- b). Organización previa de las consecuencias de la conducta.
- c). Modificación del medio interno (pensamientos, creencias, expectativas).
- d). Desensibilización sistemática autoadministrada.

- 3.- Técnicas de programación conductual.
- a). Autorrecompensa.
 - b). Autocastigo.

Todas estas técnicas por sí solas no producen cambios estables y duraderos sino que es necesario además, entrenar al paciente en conductas y estrategias alternativas que sustituyan la conducta problema.

PRE- ALTA.

Una vez que se lograron los objetivos de nuestro tratamiento, es necesario evaluar nuevamente al paciente para conocer la efectividad de las intervenciones. En caso de que se requiera reforzar alguna técnica, con el objetivo primordial de prevenir recaídas, se implementa en el programa de tratamiento. Si la evaluación es satisfactoria entonces puede darse de alta al paciente.

ALTA.

En esta fase, se indica al paciente que ha finalizado satisfactoriamente el tratamiento. Se lleva a cabo el llenado de Reporte de Alta (ver anexo 18). Se indica al paciente que en caso de sufrir alguna recaída, puede recurrir con su terapeuta, con el fin de brindar apoyo y seguridad al paciente.

SEGUIMIENTO.

Se programan periodos de supervisión de los cambios hechos por los pacientes, con el objetivo de prevenir recaídas. Los seguimientos pueden programarse a 15 días del alta del paciente o a un mes de la misma. Este seguimiento puede hacerse vía telefónica o con una cita, con el fin de evaluar el estado del paciente mediante una entrevista .

BAJA.

Ésta se lleva a cabo cuando el paciente deja de asistir a por lo menos 3 sesiones de su tratamiento sin previo aviso; el terapeuta tiene la responsabilidad de indagar el motivo por el cual el paciente no asistió a su tratamiento, y en caso de que no se encuentre interesado, motivarlo para que continúe. En el caso de ser necesario, el terapeuta tiene que llenar el formato de Reporte de Baja (ver anexo 19), donde se indican las razones por las cuales el paciente abandonó el tratamiento. En este caso, el supervisor tiene la función de identificar los posibles errores en los cuales podría haber incurrido el terapeuta y que pudiesen haber influido en el abandono del tratamiento.; así mismo, se brinda la retroalimentación necesaria para mejorar el desempeño del terapeuta.

ANEXO GLOSARIO MEDICO.

Glosario Médico.

Adenopatía. Cualquier agrandamiento, benigno o maligno, de los ganglios linfáticos. En Oncología se refiere, en general, a un crecimiento ganglionar debido a afectación tumoral.

Alopecia Areata - Pérdida de pelo que puede llevar a parches de calvicie que se observan en lupus eritematoso sistémico.

Anemia - Una disminución de hemoglobina en las células rojas o una disminución del número de células rojas que lleva a una habilidad disminuida para llevar oxígeno a los tejidos.

Anemia hemolítica. Es una alteración de la composición sanguínea entendida como la condición clínica determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (según los parámetros estándares). A diferencia de la anemia por déficit de hierro, en las anemias hemolíticas la sobrevida de los glóbulos rojos en sangre periférica (normal entre 90 y 120 días) está acortada.

Anquilosante - La unión de o el proceso de fusión entre las articulaciones

Anticuerpo antifosfolípido - Un anticuerpo que puede estar asociado con una aumentada tendencia a coagular excesivamente y por lo tanto contribuye a una trombosis venosa profunda (coagulación) en ambas piernas, parto prematuro de un feto e infartos prematuros. Estos anticuerpos pueden estar asociados al lupus eritematoso sistémico, o pueden ocurrir por sí mismos en un estado conocido como síndrome de anticuerpo antifosfolípido.

Anticuerpo antinuclear - Un anticuerpo hacia el núcleo de una célula (más comúnmente contra células epiteliales humanas, colocadas en un portaobjeto). En estos anticuerpos se observan enfermedades de tejido conectivo, como polimiositis y síndrome Sjögren, entre otras. Se puede inducir un anticuerpo antinuclear positivo en varios medicamentos o se puede observar asociado con una enfermedad tiroidea autoinmune, o en ciertas enfermedades del hígado.

Anticuerpo citoplasmático anti-neutrófilo (ACAN) - Anticuerpos que se pueden encontrar en varias formas de vasculitis y en granulomatosis de Wegener.

Anticuerpos Anti-ADN - Anticuerpos de ADN de hebra doble muy específicos, los cuales se encuentran principalmente en el lupus eritematoso sistémico y que con frecuencia tienen correlación con los brotes de la enfermedad.

Antígenos Un antígeno es una molécula (generalmente una proteína o un polisacárido) de superficie celular, que puede inducir la formación de anticuerpos. Hay muchos tipos de moléculas diferentes que pueden actuar de antígenos, como las proteínas, los polisacáridos y, más raramente, otras moléculas como los ácidos nucleicos.

Artralgia - Sensación de dolor en las articulaciones.

Artritis - Desorden en las articulaciones donde se unen dos huesos y que puede manifestarse en un examen físico, mediante inflamación, enrojecimiento, calor e hipersensibilidad en la articulación, o que puede demostrarse mediante rayos x que muestren una pérdida del espacio de las articulaciones, por formación de espuelas, erosiones o quistes en el hueso.

Aséptica - Sin organismo vivo, tal como bacteria. La necrosis aséptica de la cadera es una pérdida del suministro de sangre a la cabeza del fémur, pero ningún organismo vivo está implicado en ocasionar este proceso.

Autoanticuerpos son anticuerpos dirigidos contra antígenos del propio organismo; muchas veces son hallazgos serológicos en pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas.

Autoinmune, Enfermedad que se origina cuando tu cuerpo se confunde y considera anormal algo que es normal dentro de él. Es entonces cuando el sistema de defensa del cuerpo, sistema inmunológico, responde atacando lo que es normal; como si tú fueses alérgico a ti mismo. La función del sistema inmunológico es proteger tu cuerpo de las cosas nocivas como las infecciones y enfermedades.

Citocinas - Se refiere a un mensajero biológico o tipo de proteínas señaladoras que ayudan a las células a tener influencia unas sobre otras. Las citocinas son parte importante del sistema inmune del cuerpo. Sin embargo, en estados de enfermedad, las citocinas pueden enviar mensajes que pueden llevar a más inflamación y daño en la articulación.

Colágeno - Se refiere al tejido conectivo del cuerpo que ayuda a servir de tejido de apoyo para otras estructuras.

Complejos inmunes circulantes - Una combinación de antígenos y anticuerpos que se unen unos a otros y que pueden circular en el flujo sanguíneo para después depositarse en órganos, ocasionando cambios subsiguientes de tejidos.

Complemento - Se refiere a proteínas que son muy importantes en la función celular y en la inmunidad. Están implicadas en el proceso inflamatorio. Especialmente, estas reducciones de complementos de C3 y C4, están frecuentemente asociadas con lupus eritematoso sistémico. Algunos pacientes pueden haber heredado deficiencias de uno de los componentes de complemento que puede predisponerles a estados de enfermedad.

Componentes citoplásmicos. consiste de un grupo de proteínas periféricas a la membrana intracelular: constituyendo las nucleoproteínas, complejos formados por proteínas básicas (protaminas

Corticoesteroides - Se refiere a una sustancia hormonal que se encuentra en el cuerpo, pero que puede ser administrada mediante tableta o inyección para controlar la inflamación del cuerpo. Actualmente, es el agente disponible más potente para el control del proceso inflamatorio agudo.

Disfagia - Se refiere a la dificultad al tragar.
e histonas) y ácidos nucleicos.

Endocarditis. Es una enfermedad que se produce como resultado de la inflamación del endocardio. Es decir, un proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las cámaras y válvulas cardíacas.

Enfermedad de tejido conectivo - Se refiere a los múltiples estados reumáticos que parecen afectar primordialmente al tejido conectivo del cuerpo. Éstas incluyen enfermedades como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, (esclerosis sistémica) polimiositis o dermatomiositis.

Enfermedad reumática Una enfermedad reumática o reuma es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica. En medicina también se usan los términos artritis reumatoide o poliartritis crónica. En la enfermedad reumática se produce una inflamación del líquido articular, que a su vez puede provocar inflamaciones en las superficies óseas participantes, los tendones participantes o las vainas tendinosas. Debido al proceso inflamatorio, el líquido articular (pannus) se espesa y prolifera el cartílago limitante, con lo que éste es destruido. Las causas no son todavía conocidas totalmente, se supone que existe una predisposición hereditaria, pero ante todo, parece que desempeñan un importante papel las causas inmunológicas.

Episcleritis - Estado inflamatorio del ojo que está asociado con la artritis reumatoide

Erupción de malar - Se refiere a la erupción en las mejillas, como la que se observa con el lupus eritematoso sistémico. Comúnmente es inducido por la exposición al sol.

Erupción mariposa (erupción malar) - Se refiere a una erupción en las mejillas e incluso a través del puente de la nariz que da la apariencia de una mariposa en la cara. Esto se puede observar en el lupus eritematoso sistémico. La erupción en las mejillas necesita ser diferenciada de otro estado llamado rosáceo. El paciente debe ver a un dermatólogo para diagnosticar este desorden.

Esplenomegalia La esplenomegalia o hipertrofia de bazo es un agrandamiento patológico del bazo o estructura esplénica más allá de sus dimensiones normales.

Fármaco anti-malárico - Un tipo de fármaco modificador de enfermedad, utilizado particularmente en la artritis reumatoide y en el lupus eritematoso sistémico. Con gran diferencia, el fármaco de este tipo más utilizado es Plaquenil (Hidroxicloroquina).

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos - Fármaco utilizado para controlar la inflamación en varias formas de artritis.

Glomerulonefritis - Se refiere a la inflamación de la porción filtrante del riñón, y es la implicación más comúnmente observada en lupus eritematoso sistémico, cuando el riñón está inflamado.

Inflamación - Un proceso en los tejidos del cuerpo por el cual todas las defensas inmunes de cuerpo, incluyendo las células blancas y los macrófagos que son atraídos a más de una área como resultado de daño al tejido. El resultado de esta actividad puede llevar a la reparación y resolución del proceso de la enfermedad o puede contribuir a aún más daño de tejido si no se trata o se controla. Es importante prestar atención a que la inflamación no es lo mismo que la infección y de hecho, en la mayoría de las situaciones, la inflamación ocurrió en la ausencia de cualquiera de los microorganismos.

Inmunocomplejos. Es un complejo formado por moléculas de anticuerpo unidas a un antígeno.

Inmunoglobulinas. Son proteínas anticuerpo altamente específicas que son producidas en respuesta a antígenos específicos.

La trombocitopenia afecta con mayor frecuencia a personas de 20 a 40 años de edad.

Linfopenia. Cuando se presentan recuentos seriados de linfocitos por debajo de $1.0 \times 10^3/\text{mL}$, se habla de una linfopenia significativa para el paciente, la cual puede estar acompañada de disminución en el tamaño de los linfocitos. La linfopenia puede originarse por: falla en la producción, exceso en su destrucción, o pérdidas celulares a través de los conductos linfáticos del intestino

Mialgias - Dolor muscular

Miocarditis. Es una inflamación del músculo cardíaco. La miocarditis puede ser una complicación que se presenta durante o después de varias infecciones parasitarias, bacterianas o virales, tales como: la polio, la gripe o la rubéola y cuya causa más común son las infecciones virales por virus coxsackie, adenovirus y ecovirus. Igualmente, la miocarditis puede ser causada por la exposición a químicos o reacciones alérgicas a ciertos medicamentos y puede estar asociada con enfermedades del sistema inmunológico. El músculo cardíaco se inflama y debilita, causando síntomas de insuficiencia cardíaca que pueden simular un ataque cardíaco.

Miopatía. Es una enfermedad del músculo o una enfermedad muscular. Las miopatías forman un conjunto de enfermedades que se deben a múltiples causas, cursan de diferente manera y se tratan de forma distinta.

Miositis. Es un edema o inflamación de los músculos voluntarios (esqueléticos) que, por lo general, es producida por una lesión o una infección.

Nefritis - Inflamación del tejido de riñón, como el que se observa en lupus eritematoso sistémico.

Neuropatía - Enfermedad de los nervios periféricos. Esta es una complicación común de diabetes mellitus, pero también se observa asociado con estados reumáticos como artritis reumatoide o algunas formas de vasculitis.

Nucleoproteínas. En todas las células vivas hay ácidos nucleicos; en su mayoría están

Pericarditis - inflamación de la membrana que recubre el corazón.

Peritonitis. Es la inflamación aguda o crónica de la membrana del peritoneo. Esta inflamación puede ser por bacterias (bacteriana) o bien secundaria a un traumatismo directo en la zona del abdomen, por acción de los jugos gástricos, sales biliares. En el caso de las peritonitis agudas suelen manifestarse con dolores abdominales, náuseas y vómitos, fiebre, hipotensión, taquicardias y sed. El abdomen se vuelve muy sensible.

Pleuritis - inflamación de la membrana que recubre los pulmones.

Proteína C reactiva (PCR) - Ésta es una prueba que se hace a la sangre. Cuando es posible, indica la posible presencia de inflamación aguda de cuerpo. Esto parece ser más sensible y un indicador precoz de inflamación comparado con un índice de sedimentación, aunque ambas son útiles para detectar la presencia de inflamación en el cuerpo.

Síndrome de Sjögren. Es una enfermedad autoinmune en la cual las células atacan a las glándulas productoras de saliva y lágrimas, además de otras glándulas sobre todo en el sistema digestivo. Es también una enfermedad reumática, produciendo dolor e hinchazón en las articulaciones.

Trombocitopenia. Es cualquier situación con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³, es decir, la disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales. En términos generales los valores normales se ubican entre 150.000 y 400.000 plaquetas por cada milímetro cúbico.

Tromboflebitis superficial. Es la inflamación de una vena superficial por un coágulo de sangre

Vasculitis - Inflamación de la pared de los vasos sanguíneos en el cuerpo que puede llevar a cambios en el flujo de sangre a varios órganos con daño a los tejidos.

vasculitis - inflamación de los vasos de la sangre.

Velocidad de sedimentación globular (VSG) - Una prueba de sangre que mide la inflamación en el cuerpo. Generalmente es significativamente elevada en estados de inflamación como en la artritis reumatoide, y particularmente elevada en la polimialgia reumática o arteritis de células gigantes.

ANEXO FORMATOS DE REGISTRO.

Centro de Servicios Psicológicos “DR. Guillermo Dávila”
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual

Cadena Cognitivo Conductual

NOMBRE _____
FECHA _____

Situación	Emoción (Intensidad 0-100)	Pensamiento	Conducta.

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Alimentos

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

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Malestares Físicos.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora							
Hora							
Hora							

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Medicamentos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora Mañana							
Hora Tarde							
Hora Noche							

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Actividades.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora Mañana							
Hora Tarde							
Hora Noche							

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Tensión Corporal. (1-10)

Situación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

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

Autoregistro de Ejercicio.

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

ANEXO FORMATOS PARA EXPEDIENTE.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE BAJA

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Motivo de consulta: _____

Objetivo de Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Motivo de Baja: _____

Fechas de Rescates:

1) _____ 2) _____ 3) _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

P R O G R A M A D E T R A T A M I E N T O

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo: _____

1. Conducta objetivo. Definida ¿cómo?

a) Excesos cognitivo-conductuales

b) Déficits cognitivo-conductuales

c) Recursos y destrezas cognitivo-conductuales

2. Métodos de recolección de información (entrevistas, cuestionarios, escalas, registros, etc.)

a) Manifestaciones abiertas de la conducta del paciente

b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta

c) Conductas que el paciente monitoreará y registrará

d) Indicadores fisiológicos

e) Conductas que el personal médico monitoreará y registrará

f) Conductas que la familia del paciente monitoreará y registrará

g) Conductas que otros pacientes monitorearán y registrarán

h) Cambios duraderos en el medio ambiente

3. Análisis funcional de la conducta

a) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta

b) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta

c) Ganancias secundarias por emitir la conducta

4. Motivación para el cambio

a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?
para el paciente

para la familia

para el personal médico

- b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
le agrada al paciente

le desagrada al paciente

le es indiferente al paciente

5. Otras personas significativas para el paciente

6. Factores que mantienen el problema

7. Modalidad de tratamiento

8. Programa de intervención

- a) Objetivo general de tratamiento
-

b) Objetivos específicos y actividades por área

- Área familiar
Actividades _____

- Área laboral:
Actividades _____

- Área social
Actividades _____

- Área sexual
Actividades _____

- Área Académica
Actividades _____

- Área institucional
Actividades

9. Evaluación del Programa de Intervención

a) Monitoreo del programa de tratamiento

b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta

c) Resultados obtenidos

d) Satisfacción al tratamiento

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del co-terapeuta

Nombre y firma del supervisor

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PRE-CONSULTA (PC)

PACIENTE DE PRIMERA VEZ

FOLIO: _____

PACIENTE DE REINGRESO

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: F M EDO. CIVIL: _____ TELEFONO _____

FAMILIOGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL

PROBLEMA: _____

ESTRATEGIA DE
SOLUCIÓN: _____

AREAS AFFECTADAS POR EL
PROBLEMA: _____

TIPO DE CANALIZACIÓN: _____ INTERNA _____ EXTERNA

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESIÓN: _____

SOLUCIONES ADOPTADAS: _____

ENTREVISTADOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR: _____

Centro de Estudios Psicológicos FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.

Reporte De Pre-Alta

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

SESIÓN: _____

CUOTA.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: _____

MODALIDAD DEL TRATAMIENTO: _____

LOGRO DE OBJETIVOS EN:

1) CONDUCTA PROBLEMA:

2) MÉDICO:

3) FAMILIAR: _____

4) LABORAL: _____

5) SOCIAL: _____

6) ACADÉMICA: _____

7) SEXUAL: _____

OBSERVACIONES Y / O SUGERENCIAS TERAPÉUTICAS

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO - TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIO A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"GUILLERMO DÁVILA"

NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

Fecha: _____

No. de sesión: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

Fecha: _____

No. de sesión: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
“Dr. Guillermo Dávila”**

**Facultad de Psicología
UNAM**

Informe de canalización interna/externa (IC)

Canalización interna () Paciente de 1ª. Vez () Folio: _____
Canalización externa () Paciente de reingreso() Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Sexo: H M Edo. Civil: _____

Resumen del caso: _____

Motivo de canalización: _____

Datos de la Institución o Programa al que se canaliza
Nombre de la Institución: _____
Nombre del responsable: _____
Ubicación: _____
Teléfono: _____
Fecha de ingreso al servicio: _____

GRUPO DIAGNÓSTICO

Terapeuta responsable: _____
Co-terapeuta: _____
Supervisor: _____
Programa al que pertenecen: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"GUILLERMO DÁVILA"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

H O J A F R O N T A L

FECHA: _____

EXPEDIENTE: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo.Civil: _____

Calle: _____ No.Exterior: _____ No. Interior: _____

Col. _____ Del. _____

C.P. _____

Tel. domicilio: _____ Tel. trabajo: _____ Recados: _____

Responsable: _____ Teléfono: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Ubicación: _____

Fecha de ingreso a Psicología: _____ Fecha de alta en Psicología _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Resultados obtenidos: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ENTREVISTA DE ORIENTACION

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

OBJETIVO DE INTERVENCIÓN:

PROCEDIMIENTO:

RESULTADOS:

TERAPEUTA RESPONSABLE

PACIENTE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES.

1.-El terapeuta realizará una entrevista y al finalizar se determinará la frecuencia, número total de sesiones, tipo de servicio (grupal, individual, de pareja) y la cuota de recuperación de cada sesión.

2.- Es necesario que Ud. sea puntual y asista a todas las sesiones programadas. Si no puede asistir, favor de cancelar su cita con 24 hrs. de anticipación, ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido.

3.- Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial.

NOMBRE Y FIRMA

FECHA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista Exploración

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
No. SESIONES: _____
PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA DEL PROBLEMA.

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA:

DESCRIPCION DE LA PRIMERA

VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS:

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO?:

¿DE QUE MANERA HA AFECTADO ESTE PROBLEMA SU VIDA (ÁREAS)?

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA?:

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA :

MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO:

CIERRE.
TAREAS:

PROXIMA CITA: _____ _____ _____ _____
 DIA MES AÑO HORA

TELEFONO CONFIRMAR: _____

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESION:

SOLUCIONES ADOPTADAS:

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____
CO-TERAPEUTA: _____

BIBLIOGRAFÍA.

- Adams, G., Dammers, M., Saia, L., Brantley, J., Gaydos, R. (1994) Stress, depression and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in Systemic Lupus Erythematosus. *Journal Behaviour Medicine*, 17, 459-477.
- Ader, R., Felten, L., Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology* (2a. ed.). San Diego: Academic.
- Alarcón, S., Roseman, J., Bartolucci, A., Friedman, W., Moulds, M., Goel, N. (1998) Study Group. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: II. Features predictive of disease activity early in its course. *Arthritis Rheum*, 41, 1173-80.
- American Psychological Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición (DSM-IV), Washington, D.C..
- American Psychological Association (2002). *Manual de Estilo de Publicaciones de la APA* (adaptado para el español por la editorial El Manual Moderno). Segunda edición. México: El Manual Moderno.
- Arenas, R. (1987) *Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento*. México: Mc Graw – Hill.
- Arenas, R. (2000) *Dermatología. Atlas*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Pags. 104-108.
- Asherson, R., Khamashta, M., Gil, A. (1989) Cerebrovascular Disease and Antiphospholipid Antibodies in Systemic Lupus Erythematosus, Lupus Like Disease and Primary Antiphospholipid Syndrome. *Am J Med.*, 86, 391-399.
- Austin, S., Maisiak, S., Macrina, M., Heck, W. (1996) Health outcome improvements in patients with systemic lupus erythematosus using two telephone counseling interventions. *Arthritis Care Res*, 9, 391-399.
- Balluz, L., Rossanne, P., Ortega, L., Rosales, C., Brock, J., Barr, D. (2001) Investigation of systemic lupus erythematosus in Nogales Arizona. *American Journal of Epidemiology*, 154(1), 1029-1036.
- Barret, J. (1990) *Inmunología médica*. Argentina: Editorial Interamericana. 5º edición.
- Bayés, R. (1991). *Psiconeuroinmunología*. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Medicina Psicosomática. Monografías de Psiquiatría*, 3 (3), Madrid: JARPYO.
- Beck, A. (1967) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1988) *Love is never enough*. New York: Harper and Row (Traducción Paidós, 1990).
- Beck, A., Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*, New York: Basic Book.
- Beck, A., Freeman, A. (1992) *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.

Berstein, D. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw-Hill.

Black, R., Hornung, A., Schneider, D., Callen, P. (2002) Frequency and severity of systemic disease in patients with sub acute cutaneous lupus erythematosus. *Archives of Dermatology*, 138, 1175-1178.

Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la QT en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 41-61.

Bori, G. (2000) Principales enfermedades reumáticas en México: aspectos epidemiológicos e impacto socioeconómico. *Rev. mex. reumatol*, 15(6):183-201.

Borrás, .X. (1992). Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 29-58.

Bowlby, J. (1970) *Attachment and Loss: Vinculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Editorial Morata.

Bowlby, J. (1971) *Attachment and Loss. Vol.1: Attachment*. New York: Penguin Books.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss. Vol.2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Penguin Books.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss Attachment and Loss. Vol.3: Loss*. New York: Basic Books.

Braden, J., McGlone, K., Pennington, F. (1993) Specific psychosocial and behavioral outcomes from the systemic lupus erythematosus self-help course. *Health Educ Q*, 20, 29-41.

Brito, M., Jara, L. (2003) Lupus eritematoso sistémico. *Rev Mex Reumat*, 18 (5): 309-319.

Caballero, D., Támez, R., Rodríguez, C., Támez, P., Weber, R., Gómez, R. (2001) Regulación endócrina del sistema inmune. *Ciencia UANL*, 4(2), 205-214.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Caballo, V., Ballo, V. (1993) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España. S.A.

Carpenter, A., Plum, S. (1991) *Compendio de Medicina interna*. México: Editorial Interamericana, 2da. edición.

Carranza, F. (1986) *Periodontología clínica de Glickman*. México: Editorial Interamericana, 6ta edición.

Cazals, P., Almudever, B. (1993) Social support, coping strategies and psychological well-being among young people awaiting employment. *European Work and Organizational Psychologist*, 3 (3), 205-216.

Cervera, R., Khamashta, M., Font, J. (1993) Systemic Lupus Erythematosus: clinical and immunological patterns of disease expression in a cohort of 1000 patients. *Medicine*, 72, 113-124.

Costrini, N., Thomson, W. (1980) *Manual de terapéutica médica*. México: Editorial Salvat. 3 edición.

Creer, T (2000) Self-management of chronic illness, en: Boekaerts, M., Pintrich, P., Zeidner, M. (2000) *Handbook of Self-regulation*, California, Estados Unidos. Academic Press.

Da Costa, D., Clarke, E., Dobkin, L., Senecal, L., Fortin, R., Danoff, S. (1999) The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Qual Health Care*, 11, 201-207.

Da Costa, D., Dobkin, P., Pinard, L., Fortin, R., Danoff, S., Estadile, M., Clarke, E. (1999) The role of stress in functional disability among women with systemic lupus erythematosus: A prospective study. *Arthritis Care and Research*, 12, 112-119.

Daltroy, H., Liang, H. (1993) Arthritis education: opportunities and state of the art. *Health Educ Q*, 20, 3-16.

Dattilio, F., Padesky, C. (1990) *Cognitive Therapy with Copuples*. Professional Resource Exchange, Inc. Sarasota.

Davis, M. McKay, M., Eshelman, E. (1982) *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martinez Roca.

DeVellis, F., Blalock, J. (1993) Psychological and educational interventions to reduce arthritis disability. *Baillieres Clin Rheumatol*, 7, 397-416.

Dobkin, L., Forti, R., Joseph, L., Esdaile, M., Danoff, S., Clarke, E. (1998) Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care An Research*, 11, 23-31.

Dobkin, L., Da Costa, D., Dritsa, M., Fortin, R., Senecal, L., Goulet, R. (1999) Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res*, 12, 401-10.

Dobkin, L., Da Costa, D., Joseph, L., Fortin, R., Edworthy, S., Barr, S. (2002) Counterbalancing patient demands with evidence: results from a pan-Canadian randomized clinical trial of brief supportive-expressive group psychotherapy for women with systemic lupus erythematosus. *Ann Behav Med*, 24, 88-99.

Duffy, D., Gordon, H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R (2001) Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II. *Report. Acad Med.*, 79,495-507.

Ellis, A. (1958) Rational psychotherapy. *Journal if General Psychology*, 59, 35-49.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York: Springer.

Ellis, A., Grieger, R (1990) *Manual de terapia racional emotiva*. Volumen 2. Bilbao: Descleé de Brouwers.

Eysenck, M. (1995): *Atención y Activación. Cognición y Realización*. Barcelona: Herder.

Fairburn, G. (1981) A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol. Med*, 11,707-711.

Fernández , J., Doval, S., Santiago, M. (1993). *L'estrés docent dels mestres de Catalunya*. Departament d'Ensenyament de la Generalitat.

Fernández, G., Calvo, F. (1987). Modelos psicofisiológicos de la hipertensión esencial. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 71-109.

- Fernández, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de Psicología*, 9(2), 121-131.
- Fernández, J. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.
- Font, J., Cervera, R. (1993) The 1982 revised criteria for classification of SLE. Ten years later. *Lupus*, 2, 339-341.
- Forbes, D., Jackson, F. (1997) *Medicina Interna*. Editorial. Mosby.
- Foster, H., Cizman, B., Madaio, P. (1993) Nephritogenic autoantibodies in Systemic Lupus Erythematosus: immunochemical properties, mechanisms of immune deposition, and genetic origins. *Lab Invest*, 69, 494-507.
- Geissmann, P., Durand, R. (1972) *Los métodos de relajación*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Greco, C., Rudy, T., Manzi, S. (2004) Effects of a Stress-Reduction Program on Psychological Function, Pain, and Physical Function of Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis & Rheumatism*, 51, Issue 4, 625 – 634.
- Guibert, T., Reyes, G., Hernández, M., Torres, R. (2000) Medición de actividad lúpica en pacientes portadores de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). *Revista Cubana de Reumatología*, 2(1).
- Haupt, M. (2004) Psychiatric disorders in Rheumatic Diseases as exemplified by Systemic Lupus Erythematosus. *Rheumatol*, 63, 122-30.
- Hay, M., Black, D., Huddy, A. (1992) Psychiatric disorder and cognitive impairment in SLE. *Arthritis Rheum*, 35, 411-416.
- Hirano, C., Laurent, D., Lorig, K. (1994) Arthritis patient education studies, 1987-1991: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 24, 9-54.
- Huberth, C., Baruth, L. (1989) *Rational-emotive family therapy*. , New York: Springer Publishing Company.
- Igbal, S., Sher, R., Good, A. (2002) Diversity in presenting manifestaciones of systemic lupus erythematosus in children. *Pediatric Dermatology*, 17(5), 422.
- Isenberg, A., Leherer, M., Hochrom, .M. (1992). The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosomatic Medicine*, 54, 192-216.
- Jacobson, E. (1938): *Progresive relaxation*. (2da. ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1988) La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- Kahl, E. (1992) The spectrum of pericardial tamponade in SLE; report of ten patients. *Arthritis Rheum*, 35, 1343-9.
- Kanfer, F. (1978). Autocontrol: Una excursión behaviorista a la boca del lobo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 635-655.

Kanfer, F. (1980). Self-management methods. Helping people change, F. H. Kanfer y A. P. Goldstein, Pergamon, New York.

Karassa, B., Loannidis, P., Toulumi, G., Boki, A. (2000) Risk factors for central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. *QJM*, 93(3), 169-174, march 2000.

Karlson, E., Matthew, H., Liang, H., Holley, E., Jie, H., Fitzgerald, L., Malcolm, P., Lawren, H. (2004) A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 50, Issue 6, 1832-1841.

Karlson, W., Daltroy, H., Lew, A., Wright, A., Partridge, J., Fossel, H. (1997) The relationship of socioeconomic status, race, and modifiable risk factors to outcome in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 40, 47-56.

Kashgarian, M. (1994) Lupus nephritis: lessons from the path. *Lab Kidney Int*, 45,428-438.

Khamashta, M., Cervera, R., Asherson, A., Font, J. (1990) Association of antibodies against phospholipids with heart valve disease in Systemic Lupus Erythematosus. *Lancet*, 335, 1541-1544.

Kimberly, P. (2001) Research advances in systemic lupus erythematosus. *JAMA Chicago*, 285(5), 650-652.

Klinger, J., Herrera, J., Díaz, M., Jhann, A., Ávila, G., Tobar, C. (2005) La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2).

Lazarus, S. (1980) *Terapia conductista*. Buenos Aires: Paidós.

Lazarus, S. (1983) *Multimodal therapy*. Mc Graw-Hill Book Company.

Lazarus, S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

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

Leventhal, H., Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition, en: Skelton, J., Croyle, R.: *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). New York: Springer-Verlag.

Leventhal, H., Leventhal, A, Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model, en: Baum, A., Revenson, T., Singer, J.: *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, R. (1980). The common sense representation of illness danger, en: Rachman, S.: *Contributions to Medical Psychology*, vol. 2 (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Leventhal, H., Nerenz, R., Steele, J. (1984). Illness representations and coping with health threats, en: Baum, A., Taylor, S., Singer, J.: *Handbook of Psychology and Health, vol. IV. Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

López, A. (1997): Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida, en Hombrados, I, Comp. *Estrés y Salud*. España: Promolibro, 39 – 69.

Lopiccolo, J., Friedman, M. (1988) *Terapia sexual: un modelo integrador*, en: Linn, J., Garske, J.P. (1988) *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: Descleé de Brouwers.

Lorig, K., Konkol, L., Gonzalez, V. (1987) Arthritis patient education: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 10, 207-252.

Lotstein, S., Ward, M., Bush, M., Lambert, E., Van Vollenhoven, R., Neuwelt, M. (1998) Socioeconomic status and health in women with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 25, 1720-1729.

Louis, J., Fernández, D. (2001) Review of Systemic Lupus Eritematosus. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 91(5), 512-516.

Lunic, C., Rossman, F., Nishishinya M., Nasswetter G (2000) Grupo de Calidad de Vida en enfermedades del tejido conectivo, en: Asociación de Lupus Argentina (ALUA) representante nacional de la Lupus Foundation of America (L.F.A). Facultad de Medicina UBA.

Lunic, M. (2002) 24º Simposio Médico de ALUA. Argentina.

Lunic, M (2004) Calidad de vida: vínculo familiar. Reunión abierta para pacientes y familiares. Argentina.

Maisiak, S., Austin, S., West, G., Heck, L. (1996) The effect of person-centered counseling on the psychological status of persons with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res*, 9, 60-66.

Marshall, E. (2002) Lupus: Mysterious disease holds Its secrets tight. *Science*, 296,689.

Martinez, B., Asís, M. (1985) *Hipnosis, Teoría, Métodos y Técnicas*. Cuba: Científico Técnica.

Martínez, F., Romero, A., García, J., Morales, A. (1992). El dolor de cabeza funcional. Modelos explicativos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 10, 43-62.

Martínez, J., Lynch, P., Orens, B. (1994) Pleuropulmonary manifestations of SLE. *Rheum Dis Clin North Am*, 20, 159-194.

Martínez, N., Sanz, Y. (2001) Entrenamiento en Habilidades Sociales aplicada a jóvenes tímidos. Universidad de Oriente. CUBA, 13-15.

McKay, M.; Davis, M., Fanning, P. (1985) *Técnicas cognitivas para el control del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

McPherson, M. (1988) Cognitive therapy for bulimia, en: Perris,C, Blackburn, .M., Perris, H. Cognitive psychotherapy. Berlín: Springer-Verlag.

Montes, J., Valencia, M., Campos, M., Castaño, V., Reséndiz, M., Santiago, V., Sumano, J., Ostrosky, F., García, G. (2004). Alteraciones cognoscitivas en pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado. *Rev. Mex. Neuroci.*, 5(2), 141-145.

Morton, J., Powell, J. (2001) Management of systemic lupus erythematosus. *Clinical & Experimental Allergy*, 31(5), 686-693.

Mullen, D., Laville, A., Biddle, K., Lorig, K. (1987) Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability in people with arthritis: a meta-analysis. *J Rheumatol*, 14, Suppl 15, 33-9.

National Institutes of Health (1999) Preocupaciones del paciente con lupus. Editorial Staff.

Olsen, M., Oconnor, S., Arnett, C. (1991) Autoantibodies and Rheumatic Disorders in a Neurology Inpatient Population. A prospective study. *Am J Med.*, 90, 479-488.

Ostensen, M. (2004) New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheum*, 18, 219-232.

Palmero, F., Codina, V., Rosel, J. (1993). Psychophysiological activation, reactivity, and recovery in Type A and Type B scorers when in a stressful laboratory situation. *Psychological Reports*, 73, 803-811.

Peralta, I., Morente, G., López, A., Jiménez, J., López, M., Pérez, A., Reche, I., Hidalgo, C., Sabio, J. (2001) Correlation between daily stress and clinical symptoms informed by the patients with systemic lupus erythematosus. *Sixt International Lupus Conference. Lupus*, 10, 106.

Peterson, G., Horton, R., Engelhard, E., Lockshin, D., Abramson, T. (1993) Effect of counselor training on skills development and psychosocial status of volunteers with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*, 6, 38-44.

Petri, M. (2000) Hopkins Lupus Cohort-1999 Update. *Rheum Dis Clin North Am.*, 26, 199-213.

Petri, M. (2000) Systemic lupus erythematosus. *Womens health issues*. Vol. 149 Iss 8.

Petri, M. (1995) El desafío en el tratamiento del LES. *Lupus News*, 1. The Johns Hopkins University School of Medicine División de Reumatología Clínica y Molecular.

Rimm, D., Masters, J. (1984). *Terapia de la conducta*. México: Trillas.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad De Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.

Robson, M., Walport, M. (2001) Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Clinical & Experimental Allergy*, 31(5), 678-685.

Rojas, J., García, M. (1991) Manifestaciones clínicas más frecuentes del lupus eritematoso sistémico a propósito de 142 pacientes. *Rev Mex Reumatol*, 6, 5.

Rosenman, H., Brand, J., Sholtz, I., Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the western collaborative group study. *The American Journal of Cardiology*, 37,903-910.

Sánchez, J. (2002) Introducción a los aspectos psicológicos del Lupus. Asociación Malagueña de Lupus.

Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.

Sauza del Pozo, J., Martínez, E., García, D., Salas, R. (1991) Prevalencia del lupus eritematoso generalizado en la población mexicana. *Rev Mex Reumatol*, 6, 54.

Schultz, H. (1932): Das autogene training. (trad. Española). España: Científico médica 1969.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 2ª edición, México, D.F. Secretaría de Salud, 1993.

Selyé, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.

Shubert, C., Lampe, A., Rumpold, G., Fuchs, D., König, P., Chamson, E., Schüssler, G. (1999) Daily psychosocial stressors interfere with the dynamics of urine neopterin in a patient with systemic lupus erythematosus: An integrative single, case study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 876-882.

Siegmán, W. (1994). From type A to hostility to anger: Reflections on the history of coronary-prone behavior, en *Anger, Hostility, and the Heart*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Smith, C., Smoll, L. (1990) Sport performance anxiety, en: *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York.

Smith, M. (1977) *Cuando digo no, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.

Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.

Spielberger, D. (1994). Stress, anger/hostility, cardiovascular disorders and cancer. *15th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*. Madrid.

Steinberg, D. (1994) Systemic Lupus Erythematosus: Theories of pathogenesis and approach to therapy. *Clin Inm Inmunopatol*, 72, 171-176.

Suinn, R., Richardson, F. (1971) Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498.

Sutcliffe, N., Clarke, E., Gordon, C., Farewell, V., Isenberg, A. (1999) The association of socio-economic status, race, psychosocial factors and outcome in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 38, 1130-1137.

Sutcliffe, N., Clarke, E., Levinton, C., Frost, C., Gordon, C., Isenberg, A. (1999) Associates of health status in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 26, 2352-2356.

Tan, E., Cohén, A., Fries, J. (1982) The 1982 Revised Criteria for The Classification of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis and Rheum*, 11, 1271-1277.

Uramoto, M., Michet, J., Thumboo, J. (1999) Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum*, 42, 46-50.

Villarauz, E. (2004) Características clínicas y epidemiológicas del lupus eritematoso generalizado en la población derecho habiente del HGZ. del IMSS Colima". Tesis para la especialidad de Medicina Familiar. Facultad de Medicina de la Universidad de Colima.

Wallace, D. (2005). *The Lupus Book: A Guide for Patients and Their Families*, Revised and Expanded Edition. Reprinted with permission of Oxford University Press.

Ward, M., Lotstein, S., Bush, M., Lambert, E., Van Vollenhoven, R., Neuwelt, M. (1999) Psychosocial correlates of morbidity in women with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 26, 2153-2158.

Wekking, M., Vingerhoets, J. (1991) Daily stressors an Systemic Lupus Erythematosus: A longitudinal analysis-first findings. *Psychotherapy Psychosomatic*, 55, 108-113.

West, G. (1994) Neuropsychiatric Lupus. *Rheum Dis Clin North Am*, 20, 129-158.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford (trad. cast. Psicoterapia por inhibición recíproca). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Zurilla, T., Nezu, A. (1999) *Problem Solving Therapy. A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. Ney York:Springler.

Zurilla, T., Maydeu, A., Kant, G. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*, 25, 241-252.

Zurilla, T., Goldfried, M. (1971) Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

Zurilla, T., Nezu, A. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2(2), 156-163.

Zurilla, T., Nezu, A., Maydeu, A. (1998). Manual for the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R), North-Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.