



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

DETECCIÓN DE FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES
Y AFECTIVOS EN LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ
EN LA CLÍNICA DEL DOLOR DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
TANIA MORALES VIGIL

DIRECTOR DEL REPORTE:	MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
REVISOR DEL REPORTE:	DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA
SECRETARIO:	DR. URIAH M. GUEVARA LÓPEZ
	DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
	MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	3
INFORME DE INVESTIGACIÓN APLICADA	4
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA	24
Epidemiología	25
Psicología y Trasplantes	28
Actividades Realizadas en el Servicio de Trasplante Renal	30
Actividades Académicas Independientes del Servicio de Trasplante Renal	33
Sistema de Supervisión	33
Población Atendida Durante la Rotación	34
Investigaciones Realizadas durante la Residencia	41
Percepción de Riesgo a Presentar Complicaciones de Salud en Pacientes con Trasplante Renal	41
Psicoeducación para Motivar al Paciente en Protocolo de Trasplante Renal a Establecer Conductas Protectoras ...	43
Competencias Profesionales Alcanzadas	61
Conclusiones y Sugerencias	62
SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA	64
Epidemiología	65
Psicología y Dolor	66
Últimas Investigaciones de Psicología en Dolor Crónico	79
Actividades Realizadas en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	81
Actividades Académicas Independientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	84
Población Atendida durante la Rotación	84
Competencias Profesionales Alcanzadas	90
Conclusiones y Sugerencias	91
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo, describe las labores profesionales que se llevaron a cabo durante la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual. En primer lugar se detalla la investigación realizada en la clínica del dolor del INCMNSZ, que tuvo como objetivo detectar los factores cognitivo-conductuales y/o afectivos que presentan dichos pacientes, las variables a evaluar fueron: Locus de control, Habilidades sociales, Creencias irracionales, Sucesos vitales y Sintomatología de ansiedad y depresión. Se evaluaron 101 pacientes que asistieron a consulta de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ quienes por medio de un consentimiento informado fueron invitados a realizar una valoración psicológica compuesta por la Entrevista Psicológica para Pacientes de Primera Vez en la Clínica del Dolor del INCMNSZ y el Hospital Anxiety and Depression Scale, los datos fueron recolectados y analizados estadísticamente a través de medidas de tendencia central, correlación de Spearman y t de Student. Los resultados de dicho estudio brindan información acerca de las características psicológicas con las que llegan los pacientes por primera vez a una clínica del dolor y por lo tanto ayuda a crear técnicas de intervención cognitivo-conductual para la prevención de problemas psicoafectivos que se ha demostrado que tienen una gran influencia en los pacientes con dolor crónico.

Posteriormente se describen las actividades realizadas en el Hospital Juárez de México en el Servicio de Trasplante Renal, se introduce al tema describiendo la epidemiología de la enfermedad renal y de los trasplantes en México, se hace una semblanza del impacto de la psicología en los pacientes trasplantados, así como las investigaciones más recientes con respecto al tema, posteriormente se hace una descripción detallada sobre las actividades realizadas en dicho hospital de marzo de 2005 a febrero de 2006, entre las que se encuentran actividades clínicas, investigaciones, actividades docentes y académicas. Posteriormente, se describen las actividades que se realizaron en el periodo de marzo de 2006 a febrero de 2007 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) dentro de la Unidad de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, se introduce con el tema del dolor crónico, su epidemiología, el impacto psicológico del dolor crónico en el paciente e investigaciones realizadas recientemente. Después se describen las actividades clínicas, docentes, académicas y de investigación realizadas en dicho instituto.

INFORME DE INVESTIGACIÓN APLICADA

Detección de Factores Cognitivo-Conductuales y Afectivos en los Pacientes de Primera Vez en la Clínica del Dolor de un Hospital de Tercer Nivel

Protocolo de Investigación registrado en el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán bajo el folio: REF. 1618

INTRODUCCIÓN

La International Association of the Study of Pain (IASP) ha definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial, o bien descrita en términos de ese tipo de lesión”.(IASP, 1979) De acuerdo con (Penzo, 1989) , esta definición contiene implicaciones especialmente significativas desde el punto de vista psicológico, entre las que destaca las siguientes: considera el dolor como algo subjetivo; invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja; otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo; y considera como una parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.

Una parte significativa de los pacientes que asisten por primera vez a una clínica del dolor son pacientes que padecen dolor crónico. El dolor crónico es visto actualmente como un fenómeno biopsicosocial, en el cual los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan de una manera dinámica. Diversas investigaciones han demostrado la importancia del papel de los factores psicológicos en la experiencia y expresión del dolor crónico (Gatchel, 1996) (Turk, 1993).

La evaluación psicológica permite obtener información útil para identificar factores emocionales y conductuales que pueden intervenir en el dolor y la discapacidad percibida por el enfermo (Melzack y Turk, 1992).

Los pacientes con dolor crónico suelen tener elevados niveles de ansiedad y/o depresión (Banks y Kerns, 1996), cogniciones desadaptativas o pobres estrategias de enfrentamiento (Bradley, 1996). Se ha concluido que no existe una personalidad específica o un trastorno psicológico con el que se pueda estereotipar a los pacientes con dolor crónico (Zinder, 1990) (Karlin, Creech, Grimes, Clark, Meagher y Morey, 2005). Sin embargo, existen variables psicosociales o conductuales que pueden contribuir a que el dolor se presente o se

exacerbe y puedan llegar a afectar el éxito de cualquier tratamiento o intervención realizada para manejar el dolor crónico (Keefe, 1982).

De acuerdo con (Bazako, 2003), en la evaluación psicológica del paciente con dolor se debe obtener información acerca de las dimensiones de la experiencia de dolor, considerándose aquellos aspectos directamente implicados en el problema, tales como ansiedad, conductas de dolor, aspectos cognitivos; y por último, características generales del comportamiento del paciente que pueden jugar un papel especial en el mantenimiento del problema.

La intervención cognitivo-conductual emplea los resultados de la evaluación de dolor como evidencia en diseños de replicación pre-post, a fin de demostrar los beneficios de un tratamiento.

A continuación se hará una breve descripción de algunas de las dimensiones que consideramos relevantes en la evaluación psicológica del paciente con dolor:

Locus de control: El *locus* es un componente de la conducta humana motivada en su necesidad de dar sentido a los acontecimientos que rodean a la persona, de poder predecir y anticipar tales eventos, así como de sentirse al mando y poseedor de opciones de comportamiento (Bermúdez y Pérez, 1989). Se puede definir como el grado en que una persona percibe los resultados como contingentes con su conducta y se refiere a la creencia que tiene una persona de que su respuesta influirá o no en la consecución del refuerzo. Se divide básicamente en dos: locus de control externo e interno. Una persona con locus de control externo percibe que tiene poco control sobre su vida y percibe la aparición de sucesos o los resultados de su conducta como consecuencia de la suerte, el azar, el destino o las personas de autoridad. Por el contrario, una persona con locus de control interno cree que su conducta tiene relación directa con sus consecuencias.

Algunas investigaciones ofrecen evidencia del efecto moderador del locus sobre la depresión y de su papel favorecedor durante procesos de adaptación a lesiones o a la enfermedad (Shadish, Hickman, Arrick, 1981). El presente estudio evalúa el locus de control que tienen los pacientes con respecto a los problemas en general y específicamente al dolor.

Habilidades sociales: Actualmente no existe una definición objetiva del concepto de habilidad social que unifique la acción de quienes están interesados en el estudio de dicha variable. Incluso, Meichenbaum, Butler y Grudson (1981) afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social debido a su carácter contextual (Caballo, 1993).

En el presente estudio se pretenderá estudiar las habilidades sociales en el contexto del paciente con dolor desde la definición que propone Caballo (1993) sobre las habilidades sociales “el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido utilizado a través del tiempo con numerosos trastornos y variables. Como un ejemplo, se ha encontrado que el entrenamiento en habilidades de comunicación anterior a la cirugía en pacientes ancianos puede resultar en un mejor alivio del dolor postoperatorio (McDonald y Molony, 2004).

Se ha estudiado a los pacientes con HIV con respecto a factores cognitivo-conductuales que están relacionados con enfermos crónicos, encontrando que las habilidades sociales pueden modificarse con la finalidad de ampliar sus redes sociales lo cual aumenta el bienestar psicológico de dichos pacientes (Lutgendorf, Anthoni, Ironson y Starr, 1998). Este estudio toma en cuenta la autopercepción que el paciente tiene de sus habilidades sociales, así como las herramientas para comunicarse con los profesionales de la salud.

Creencias irracionales: Para Ellis, hay dos clases de creencias: racionales e irracionales. Las creencias irracionales tienen las siguientes características (Lega, Caballo y Ellis, 1997):

- Son inconsistentes en su lógica.
- Son absolutistas y dogmáticas.
- Son inconsistentes con la realidad empírica.
- Producen emociones perturbadoras.
- No ayudan a conseguir los objetivos deseados.

Utilizando la Terapia Racional-Emotiva, el psicólogo puede reconocer las creencias irracionales con las que su paciente se preocupa, mostrarle como dichas creencias están causando sus síntomas emocionales e instruirlos a discutir con las creencias para abandonarlas y reemplazarlas por otras (Ellis y Abrahms, 1980).

Hasta el momento no existen investigaciones que evalúen las creencias irracionales en pacientes con dolor crónico, por lo que dicha variable, se explorará por primera vez en este estudio.

Sucesos vitales: son los hechos o situaciones que son relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo (Baltes, 1985). Los sucesos vitales son acontecimientos que aparecen en un momento preciso y pueden provenir de diversas áreas de la vida: las relaciones, el hogar, la familia, la salud, los hijos, el matrimonio, las obligaciones sociales, el dinero, el descanso y los amigos, y su poder traumático se relaciona con su traducción subjetiva (Brown y Harris, 1978) (Brown, Harris y Hepworth, 1995).

Algunos estudios indican que los sucesos vitales tienen un papel importante en desencadenar un episodio depresivo (Paykel, 2003) y aunque no de manera uniforme, se considera que éstos disminuyen la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos y aumentan las recaídas (Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali y Anisman, 2001) (Rojo-Moreno, Livianos-Aldana, Cervera-Martínez, Domínguez-Carabantes y Reig-Cebrian, 2001). Los sucesos vitales también influyen en la severidad de los síntomas de depresión (Salgado de Zinder, 1992). Se ha encontrado que tanto el apoyo social como los sucesos vitales se relacionan con los síntomas de depresión iniciales y también afectan la reducción de dichos síntomas, posteriores a intervenciones psicoeducativas (Lara, Navarro y Navarrete, 2004).

Síntomas ansiosos y/o depresivos: existen muchos motivos por los que resulta importante identificar la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos en estos pacientes. Se ha encontrado que la ansiedad disminuye el umbral y la tolerancia al dolor (Cornwal y Doncleri, 1988); la ansiedad y la depresión se han asociado con la magnificación de los síntomas médicos (Katon, 1996); la depresión se ha asociado con menor mejoría de los tratamientos (Burns, Johnson, Mahoney, Devine y Pawl, 1998).; y el malestar emocional se ha asociado con la manifestación de síntomas físicos a través de la activación autonómica, la vigilancia (Sullivan y Katon, 1993) o la exacerbación de los síntomas existentes (Barsky y Klerman, 1983). En diversos estudios que valoran a pacientes con dolor crónico se ha tratado de identificar la prevalencia de depresión y/o ansiedad, encontrándose de manera recurrente una mayor prevalencia de éstas en los pacientes con dolor que en la población general. Por ejemplo, en diversos estudios en donde se valora el dolor de espalda baja se han encontrado índices de trastorno depresivo mayor que van del 34 al 57%, comparado con la población general, en donde éste se encuentra de un 5 a un 26% (Fishbain, Goldberg, Steeler y Rosomoff, 1988) (Katon, Egan y Millar, 1985) (Magni, Candieron, Rigatti-Luchini y Merskey, 1983).

Aunque en México ya se han estudiado algunas de las variables psicológicas arriba descritas en el paciente con dolor crónico (Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López, 2004), como: ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento, se considera que el agregar a la valoración del paciente con dolor variables como locus de control, habilidades sociales y sucesos vitales, que se ha probado están relacionadas con la manera de interpretar y manejar el dolor, proporcionaría información relevante para la identificación, prevención y tratamiento de factores psicosociales que están relacionados con la sintomatología del dolor.

METODOLOGÍA

Problema general. Es conocido que el dolor y su manifestación está influenciado por aspectos tanto cognitivos como afectivos (Melzack, 1992). ¿Cuáles serán los factores cognitivo-conductuales y los síntomas afectivos que presentan los pacientes de primera vez de la clínica del dolor de un hospital de tercer nivel de México?

Problemas específicos. ¿Cuál será el locus de control predominante en la población de pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ?

¿Cuál será la percepción de los pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ en lo que se refiere a sus habilidades sociales?

¿Qué ideas irracionales predominan en la población de pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ?

¿Existirán sucesos vitales en común en la población de pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ?

¿Cuál será la puntuación de ansiedad y/o depresión medida a través del Hospital Anxiety and Depresión Scale (HAD) en la población de pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ?

¿Cuáles serán los síntomas predominantes de ansiedad y/o depresión medida a través del Hospital Anxiety and Depresión Scale (HAD) en la población de pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ?

¿Qué características psicológicas tendrá cada paciente dependiendo del diagnóstico algológico?

Justificación. Existe en México un estudio que precede al presente, en donde se valoró ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes que asisten a una clínica del dolor por primera vez. Se pretende realizar un estudio en el que se integren un mayor número de variables psicológicas que se han descrito que se relacionan con el manejo del dolor, así como utilizar un instrumento para valorar síntomas de ansiedad y depresión que se ha comprobado útil para valorar pacientes con padecimientos médicos.

Se considera que este estudio proporcionará información relevante para la identificación, prevención y tratamiento de factores psicosociales que están relacionados con la sintomatología del dolor.

Objetivo general. Detectar cuáles son los factores cognitivo-conductuales y/o afectivos que presentan los pacientes de primera vez de la clínica del dolor del INCMNSZ.

Objetivo específico. Hallar información epidemiológica, organizada y centrada en un perfil de riesgo psicológico con la finalidad de conocer cómo se comporta la población de pacientes que llegan por primera vez a la clínica del dolor con base en los siguientes constructos:

- Locus de control.
- Habilidades sociales.
- Creencias irracionales.
- Sucesos vitales.
- Síntomas ansiosos y/o depresivos

Diseño. Estudio no experimental, exploratorio, y descriptivo. Dado que es un estudio descriptivo y transversal, no se dio seguimiento a los pacientes.

Muestra. Debido a que este es un estudio no experimental, no se realizó un cálculo del tamaño de la muestra, el tipo de muestra fue por disponibilidad. Se recabaron datos de los pacientes que llegaron por primera vez a consulta de clínica del dolor de junio del 2006 a diciembre del 2006. La muestra total del estudio fue de 101 pacientes.

Criterios de inclusión. Pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de Clínica del Dolor del INCMNSZ.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con retraso mental, demencia o factores cognoscitivos que no permitieron contestar el cuestionario.
- Pacientes que presentaron síntomas descontrolados que no les permitieron contestar el cuestionario (dolor intenso, náuseas, vómito, fatiga).
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

VARIABLES A MEDIR. Factores cognitivo-conductuales.

Éstos fueron valorados a través de la Entrevista Cognitivo-Conductual para pacientes de primera vez del INCMNSZ que toma en cuenta los siguientes constructos:

- **Locus de control.** Se puede definir como el grado en que una persona percibe los resultados como contingentes con su conducta y se refiere a la creencia que tiene una persona de que su respuesta influirá o no en la consecución del refuerzo. Se divide básicamente en dos: locus de control externo e interno.
- **Habilidades sociales.** Son el “conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación inmediata, respetando esas conductas en los demás” (Caballo, 1986).
- **Ideas irracionales.** Albert Ellis propone la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) en donde las ideas irracionales son los pensamientos distorsionados que toman la forma de afirmaciones absolutas. (Lega, Caballo y Ellis, 1998).
- **Sucesos vitales.** Son los hechos o situaciones que son relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo (Baltes, 1985).
- **Sintomatología de Ansiedad.** Valorados a través del Hospital Anxiety and Depresión Scale (Zigmond y Snaith, 1983).
- **Sintomatología de Depresión.** Valorados a través del Hospital Anxiety and Depresión Scale (Zigmond y Snaith, 1983).

Material. La Entrevista Cognitivo-Conductual para Pacientes de Primera Vez de la Clínica del Dolor del INCMNSZ (ANEXO 1) fue creada debido a que no existen instrumentos que evalúen los constructos mencionados de manera conjunta y específica para el tipo de población. Es un instrumento elaborado a partir de la Teoría Cognitivo-Conductual adecuando la Entrevista Multimodal de Lazarus a dichos constructos y población de dolor.

La entrevista cognitivo-conductual para pacientes de primera vez en la clínica del dolor consta de 20 reactivos conformados en preguntas abiertas, de respuesta Likert y dicotómicas. La cual fue piloteada en 15 pacientes cuyos resultados arrojaron la necesidad de modificar algunos reactivos de la entrevista.

El Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), es un cuestionario autoaplicado que fue diseñado como un instrumento de detección de trastornos ansiosos y depresivos que pudiera ser utilizado en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Cumple con dos condiciones básicas al evaluar síntomas afectivos en pacientes

con una enfermedad: a) no está contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente y b) diferencia claramente entre los síntomas de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Está constituido por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas:

- Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud).
- Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión).

El paciente debe contestar a cada ítem utilizando una escala de tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras a frecuencia de presentación. Está adaptada y validada al español y ha mostrado razonable reproducibilidad y exactitud diagnóstica (López-Alvarenga, 2002).

Diagnóstico algológico. Se revisó en el expediente de cada paciente.

Cogniciones y emociones con respecto a la primera consulta. Se obtuvieron a través de la Entrevista Cognitivo-Conductual para Pacientes de Primera Vez en la Clínica del Dolor de INCMNSZ.

Datos sociodemográficos. Estos fueron recabados por medio de la entrevista cognitivo conductual para pacientes con dolor crónico. Los que se estudiarán son: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Procedimiento. Todos los pacientes que llegaron por primera vez a la Clínica del Dolor del INCMNSZ, por medio de un consentimiento informado fueron invitados a responder la entrevista cognitivo-conductual y la escala de ansiedad y depresión HAD. En el caso necesario, se intervenía o se citaba al paciente para psicoterapia. La información se almacenó en una base de datos para posteriormente realizar los análisis estadísticos correspondientes.

Análisis Estadístico. Se realizaron análisis de medidas de tendencia central, correlación de Spearman con la finalidad de evaluar la existencia de relación entre las variables, y la prueba t de Student con la finalidad de comparar algunas variables dividiendo a la muestra en distintos grupos según tipo de diagnóstico algológico, sexo, edad, etc.

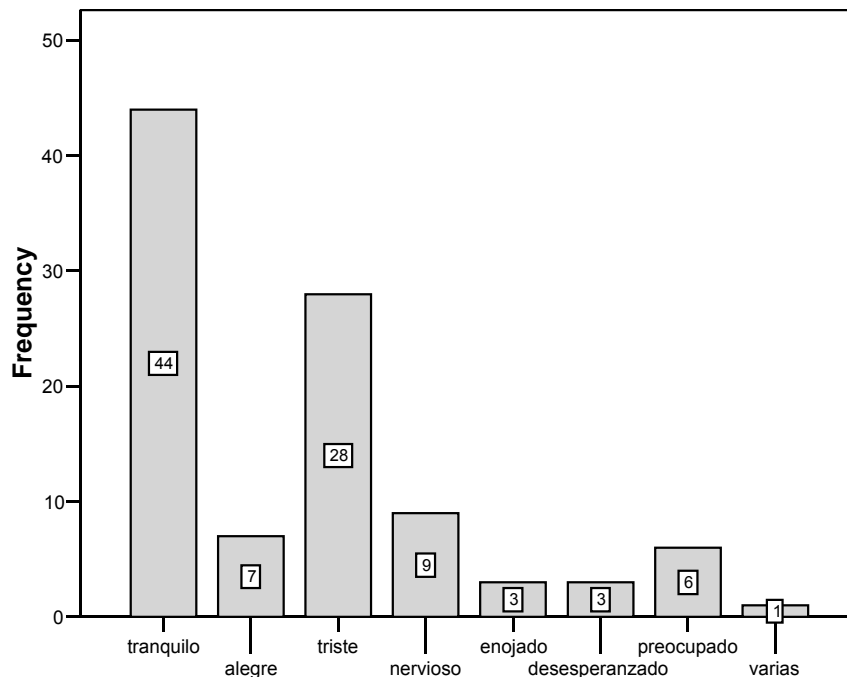
RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se presentan en el cuadro I. Se puede observar que de los pacientes estudiados, la mayoría fue integrada por mujeres (76.2%). La edad promedio del grupo se encuentra entre la sexta y la séptima década de la vida, la escolaridad se midió mediante años de estudio, los resultados nos indican que en promedio los pacientes presentaron 9.02 años de estudio, los cuales equivalen a la secundaria, la desviación estándar de la escolaridad de los pacientes es amplia debido a que participaron en el estudio pacientes sin escolaridad que equivalen a cero años de estudio, y pacientes con estudios de posgrado, los cuales equivalen a 21 años de estudio. De los pacientes que conformaron la muestra, 45 eran casados, mientras que los 56 restantes se distribuye entre los demás tipos de estado civil.

CUADRO I. Características demográficas de 101 pacientes de primera vez
en la Clínica del Dolor de un hospital de tercer nivel.

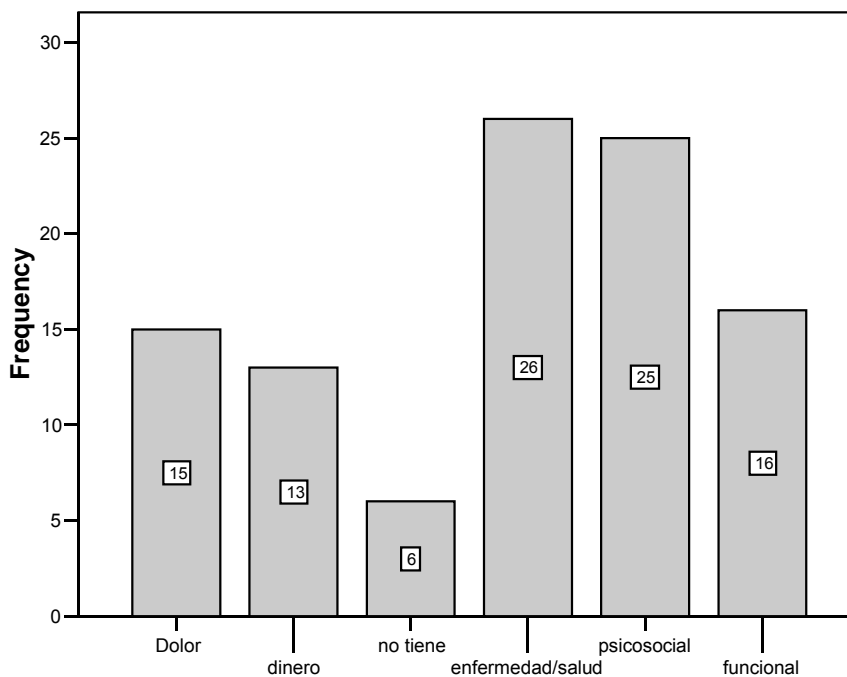
	(n = 101)
Sexo	
Femenino	77
Masculino	24
Estado civil	
Soltero	17
Casado	45
Viudo	19
Divorciado	6
Unión Libre	4
Separado	10
Edad	59.73±16.51 (17-87)
Escolaridad	9.02±5.20 (0-21)

En cuanto a las emociones con respecto a la primera consulta, se encontró que la mayoría de los pacientes reportan sentirse tranquilos y que la emoción más frecuente fue tristeza (GRÁFICA 1).



Gráfica 1. Emociones del paciente durante la primera consulta en la clínica del dolor.

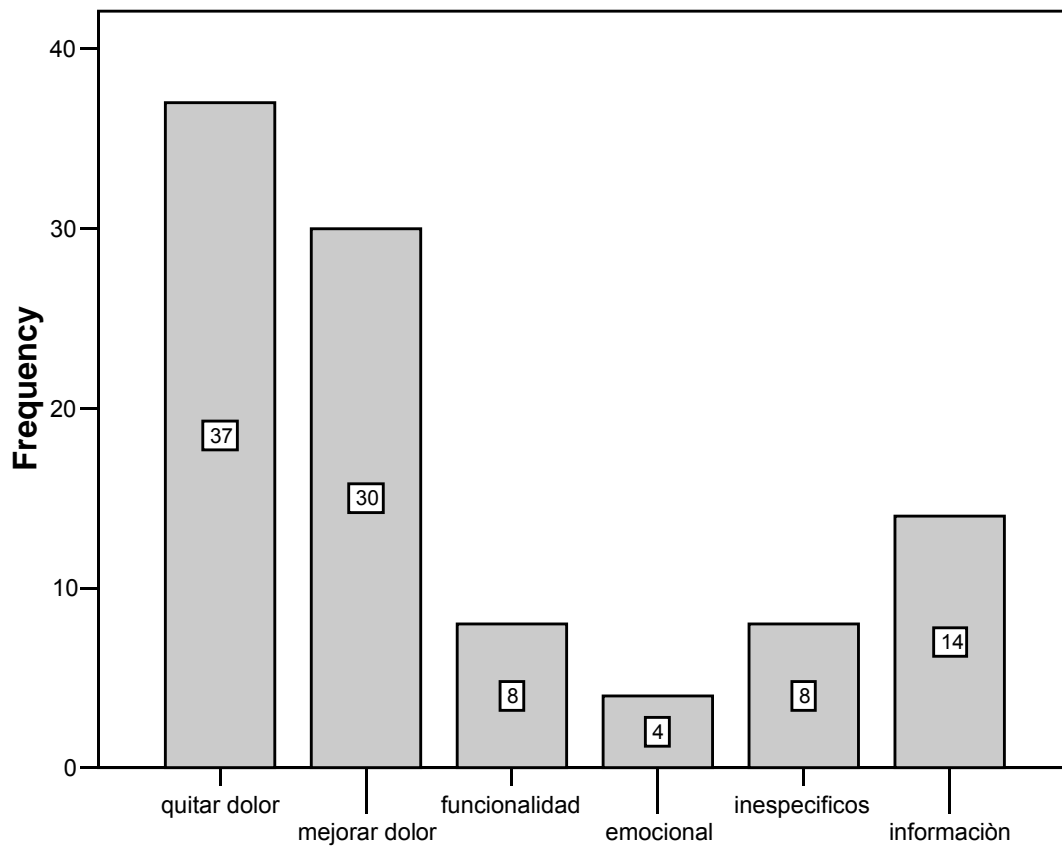
Con respecto a las cogniciones durante la primera consulta se encontró que la principal preocupación del grupo estudiado fueron la enfermedad y aspectos psicosociales (GRÁFICA 2).



Gráfica 2. Principal preocupación del paciente durante la primera consulta en la clínica del dolor.

Al evaluar la principal preocupación que los pacientes presentaban en su primera consulta, se pudo observar que los pacientes tenían como principal preocupación su enfermedad y aspectos psicosociales “la relación con mis hijas es mi principal preocupación” Sic Pac. Dichos datos nos sugieren la importancia de un tratamiento psicológico oportuno con estos pacientes, ya que se ha demostrado que los aspectos emocionales, la ansiedad, el temor, la motivación y la atención pueden exacerbar el dolor (Melzack, 1983).

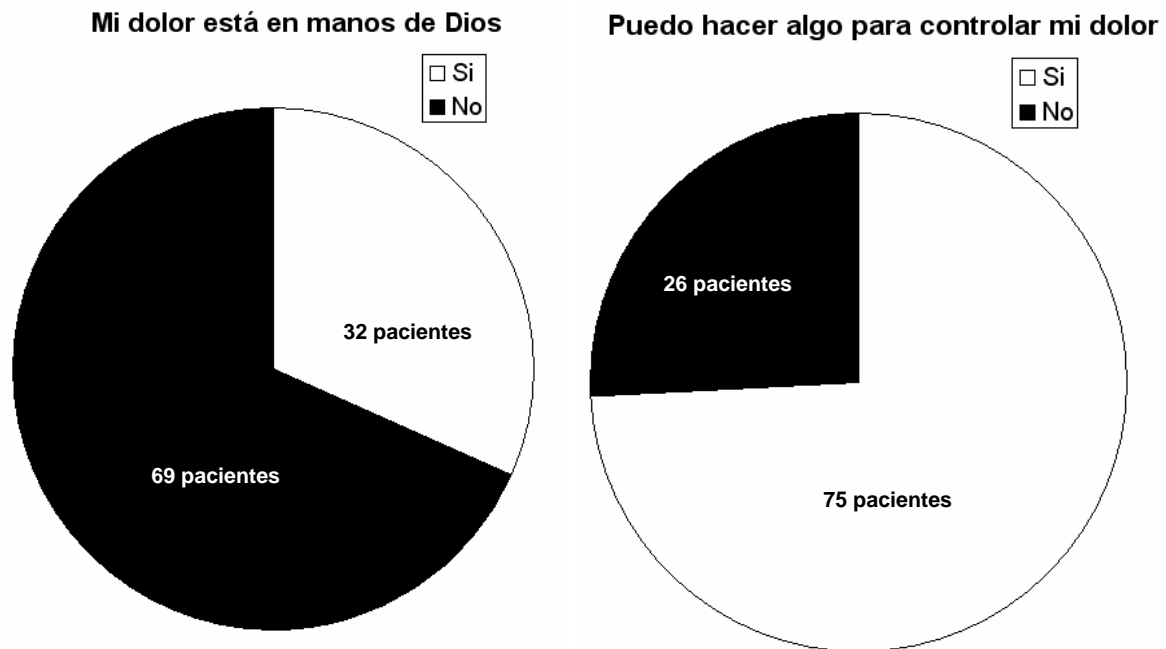
Las expectativas de los pacientes con respecto a la clínica del dolor fueron mayoritariamente desaparecer por completo el dolor, seguido por pacientes que desean al menos mejorar su dolor (GRÁFICA 3).



Gráfica 3. Expectativas del paciente durante la primera consulta en la clínica del dolor.

El tratamiento del dolor crónico le ofrece al paciente una mejora del dolor, es decir disminuirlo, ya que se considera casi imposible desaparecer el dolor por completo, por lo que se exploraron las expectativas que tenían los pacientes en la primera consulta, encontrando que una gran cantidad de pacientes tienen como expectativa que los médicos de la clínica les quiten el dolor por completo. Esta información nos invita a los psicólogos a crear un entrenamiento en psicoeducación para los pacientes con la finalidad de que estos conozcan los componentes y características del dolor crónico y las limitantes del tratamiento algológico.

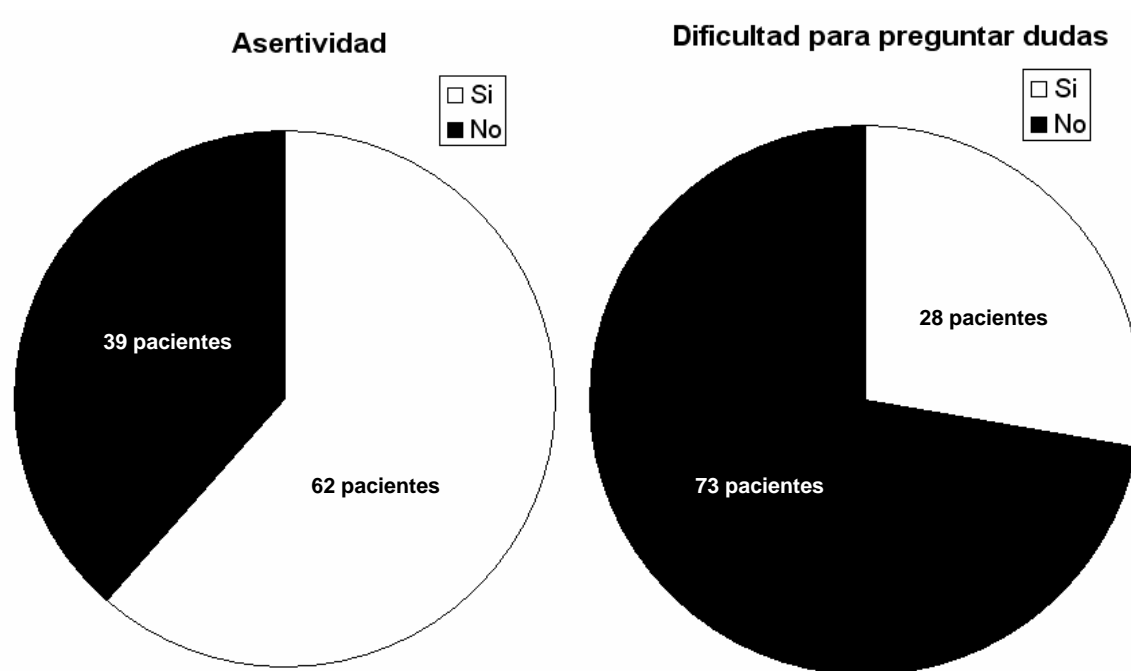
Los resultados encontrados con respecto a la variable locus de control, reportan que la mayoría de los pacientes presentan un locus de control interno con respecto a su dolor. (GRÁFICA 4 y 5)



Gráfica 4 y 5. Locus de control en 101 pacientes de primera vez en la Clínica del Dolor de un hospital de tercer nivel.

Algunas investigaciones ofrecen evidencia del efecto moderador del locus de control sobre la depresión y de su papel favorecedor durante procesos de adaptación a la enfermedad (Shadish, Hickman y Arrick, 1981). En el presente estudio, los resultados reportan que aunque no es la mayoría de los pacientes, una tercera parte de la población considera que su dolor depende de Dios, lo cual se considera un locus de control externo. Así mismo, al explorar el locus de control de los pacientes con respecto a su dolor se encontró que a pesar de que la mayoría considera tener algún control sobre su dolor, una tercera parte de la población no refiere tener control sobre éste.

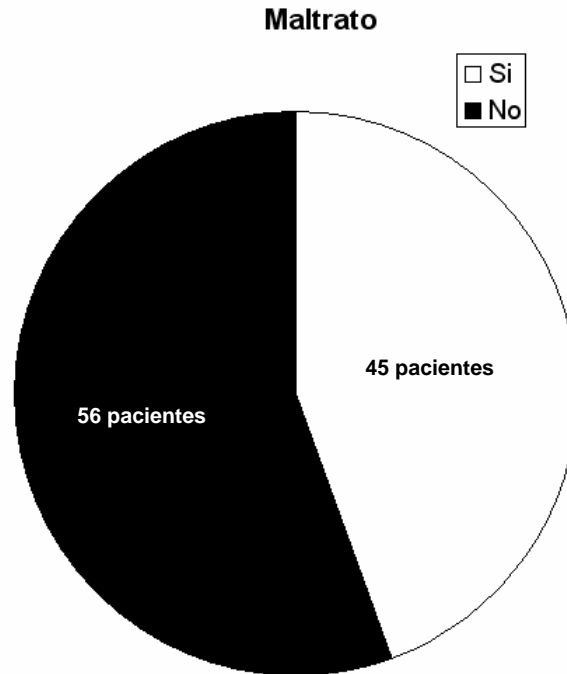
Se evaluó la percepción que los pacientes tenían con respecto a sus habilidades sociales encontrando que la mayoría de los pacientes se perciben asertivos (GRÁFICA 6) y que 28 de los pacientes estudiados, tienen dificultad para preguntar dudas a sus médicos (GRÁFICA 7).



Gráfica 6 y 7. Acertividad en 101 pacientes de primera vez en la Clínica del dolor de un hospital de tercer nivel.

El entrenamiento en habilidades sociales se ha utilizado a través del tiempo con numerosos trastornos y variables, y se ha demostrado con resultados satisfactorios, que dicha intervención ayuda a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas a desenvolverse mejor dentro de los centros de salud y dentro de su entorno familiar, laboral y social (Dunn, 1980). A pesar de que la mayoría de los pacientes se perciben asertivos, existe un cuarto de la población que no se percibe así, por lo que, al detectar a estos últimos por medio de la entrevista psicológica en la primera consulta, se podría crear un grupo de pacientes para brindarles entrenamiento en habilidades sociales.

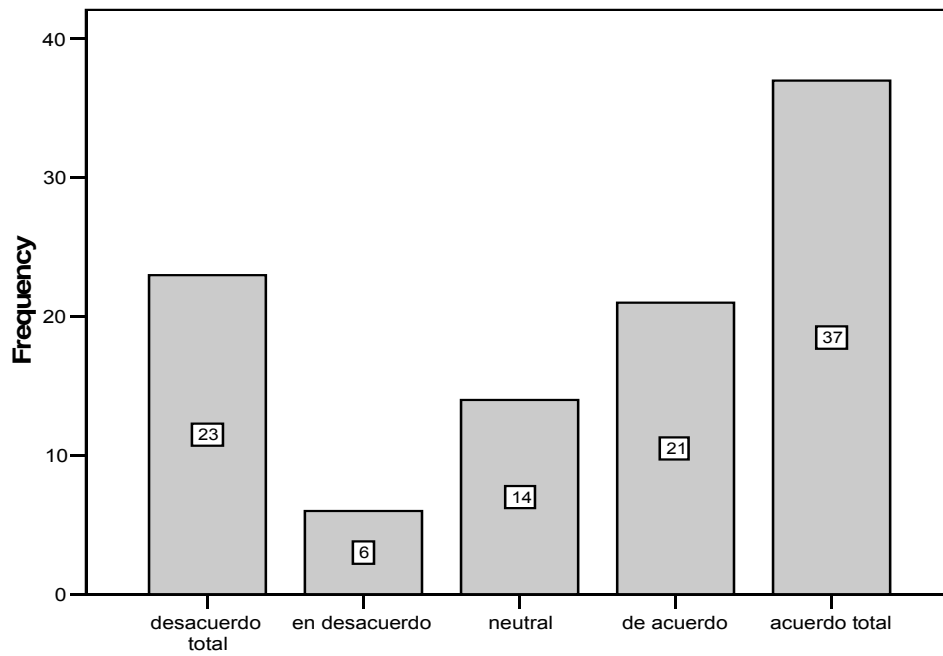
Con respecto a la variable Sucesos Vitales se encontró que casi la mitad de la población consideró haber sufrido algún tipo de maltrato. (GRÁFICA 8).



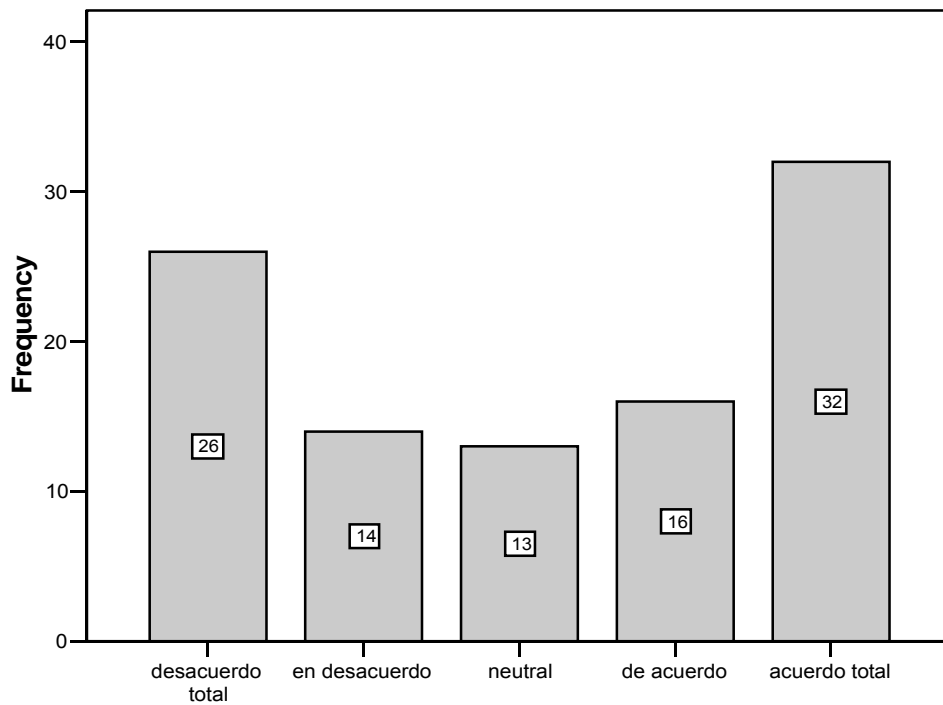
Gráfica 8. Sucesos vitales en 101 pacientes de primera vez en la Clínica del dolor de un hospital de tercer nivel.

Los sucesos vitales tienen un papel importante en desencadenar un episodio depresivo y, aunque no de manera uniforme, se considera que éstos disminuyen la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos y aumentan las recaídas (Navarro y Navarrete, 2004). El maltrato físico o psicológico se considera un suceso vital y los resultados arrojados en el presente estudio proporcionan un foco rojo con respecto al tema, al encontrar que casi la mitad de los pacientes consideraron haber vivido algún tipo de maltrato.

Al evaluar las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis en su modelo de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), se encontró que dichos pacientes presentaban en su mayoría un acuerdo total o parcial a la creencia irracional “Tengo que ser totalmente competente, adecuado y capaz de lograr cualquier cosa”. (GRÁFICA 9). Así como a la creencia irracional considerada como catastrofización “Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no salen como yo espero”. (GRÁFICA 10)



Gráfica 9. Respuestas en escala tipo Lickert a la afirmación “tengo que ser totalmente capaz de lograr cualquier cosa”.

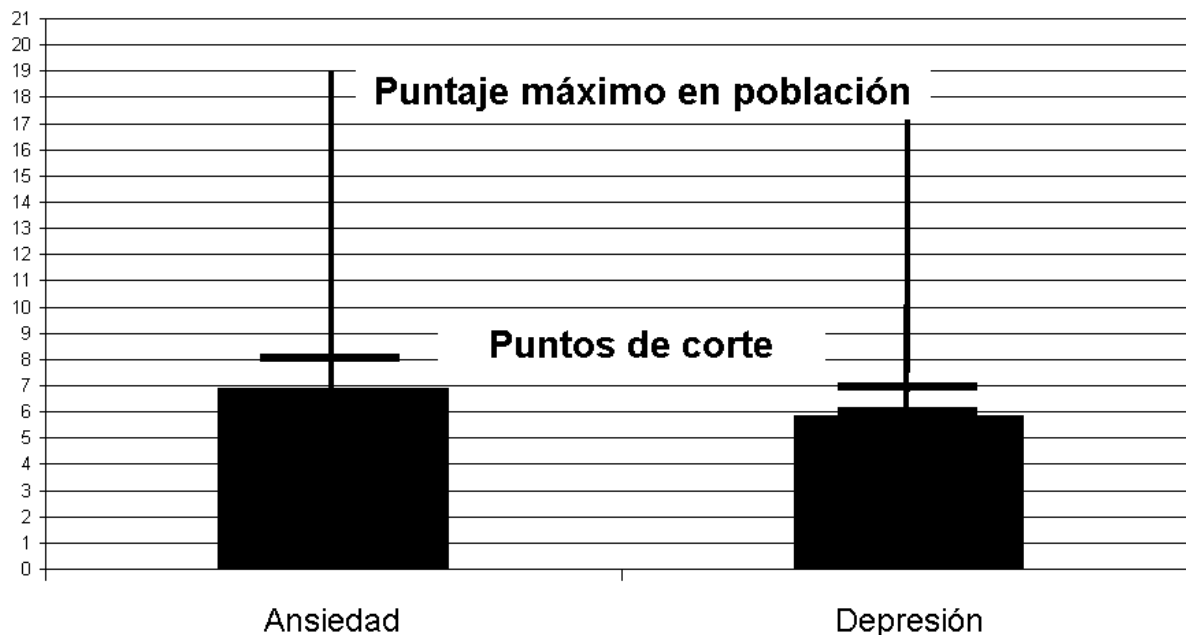


Gráfica 10. Respuestas en escala tipo Lickert a la afirmación “es terrible cuando las cosas no salen como yo espero”.

El alfa de Cronbach para la escala de ideas irracionales fue $\alpha = .63$ lo cual indica una confiabilidad aceptable.

En estudios previos, se ha encontrado una correlación positiva entre catastrofización y ansiedad y depresión, específicamente en pacientes con dolor crónico, se sabe también que la catastrofización correlaciona de manera positiva con la intensidad de dolor (Plata, Castillo y Guevara, 2004). Al encontrar que casi la mitad de la población presenta catastrofización como idea irracional, podemos concluir que la TREC es una herramienta vital para el tratamiento psicológico de los pacientes en una clínica de dolor.

Se realizó un análisis descriptivo para saber como se comportaron las medias del puntaje de ansiedad y depresión en cuanto a los puntos de corte de la escala (GRÁFICA 11). Se encontró que la media del grupo no superó el punto de corte de ansiedad que es de 8, ni el de depresión que es de 7. Sin embargo, al analizar cuál fue el porcentaje de pacientes que rebasaron el punto de corte de ansiedad o depresión, se encontró que 41.58% de pacientes superaron el punto de corte en ansiedad y 34.65% pacientes superaron el punto de corte para depresión.



Gráfica 11. Puntaje de ansiedad y depresión mediante la escala HAD, se muestran los puntos de corte de dicha escala, así como el puntaje máximo obtenido en la población.

Mediante el análisis de alfa de Cronbach se analizaron los reactivos del HAD, se encontró como resultado $\alpha = 0.826$, dicho puntaje indica que la prueba utilizada durante el presente estudio es confiable.

La prevalencia calculada de depresión en individuos atendidos en clínicas de dolor varía ampliamente según el método de evaluación y la población estudiada. Las cifras señaladas varían desde 10 a 100%, sin embargo, la mayor parte de los estudios indican depresión en más de 50% de la muestra obtenida de sujetos con dolor crónico, demostrando el vínculo potente que existe entre depresión y dolor. (Loeser, 2003). Una de las razones por las que este rango sea tan amplio, se debe a los instrumentos que han sido utilizados con la finalidad de evaluar dicha variable, es por esto que en el presente estudio se utilizó el HAD, el cual fue diseñado como un instrumento de detección de trastornos ansiosos y depresivos que pudiera ser utilizado en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Debido a que no está contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente, ya que ninguno de los reactivos hace referencia a síntomas somáticos. Los resultados de depresión en este trabajo, aunque dentro del rango reportado, fueron bajos lo cual se puede deber a la escala utilizada.

La prevalencia encontrada con respecto a dolor y ansiedad se encuentra en un rango de 44% a 51% (Loeser, 2003), los resultados del presente estudio concuerdan con lo reportado anteriormente en la literatura, enfatizando también la relación entre los trastornos de ansiedad y el dolor crónico.

Respecto a si existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología de ansiedad y depresión en todos los pacientes estudiados, se encontró que el puntaje de ansiedad es significativamente mayor que el de depresión $p < 0.0001$.

CUADRO II. Medidas, desviación estándar y prueba t de Student aplicada en 78 pacientes con dolor crónico evaluados mediante la escala HAD comparando ansiedad y depresión.

	\bar{x}	ds	
ANSIEDAD	7.00	4.27	*p = .0001
DEPRESIÓN	5.89	4.14	

DISCUSIÓN

La evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico, posibilita reconocer las características y repercusiones del dolor, para así, intervenir de manera interdisciplinaria en su tratamiento. Es de suma importancia identificar aquellas variables psicológicas que exacerban o disminuyen el dolor con la finalidad de planear tratamientos psicológicos que brinden las herramientas necesarias a los pacientes de las clínicas de dolor.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio y a los hallazgos en la literatura sobre la evaluación psicológica de los pacientes con dolor podemos concluir que dichos aspectos influyen de manera directa o indirecta en la evolución y tratamiento de los mismos.

En la presente investigación se evaluaron las características de los pacientes que llegan por primera vez a una clínica del dolor, al considerar importante conocer las características psicológicas con los que llegan los pacientes que no han recibido tratamiento alguno por parte de la clínica.

Debido a que no existe una entrevista para evaluar aspectos psicológicos en los pacientes que llegan por primera vez a consulta de una clínica del dolor, se construyó una entrevista semiestructurada que fue piloteada 2 veces con 30 pacientes. Así, dicho instrumento, no solamente tendrá la finalidad de evaluar a los pacientes de la presente investigación, sino que se utilizará para tener un expediente psicológico de cada paciente y así darle seguimiento a la evolución psicológica de los pacientes.

Con respecto a los datos sociodemográficos de los pacientes estudiados podemos concluir que la mayoría de los pacientes estudiados en la presente investigación son de sexo femenino, lo cual concuerda con otros estudios en la misma población (Plata, Castillo y Guevara, 2004) y que este dato se puede ver vinculado con los resultados de la variable sucesos vitales (maltrato), ya que en sociedades latinas se sabe que las mujeres sufren de maltrato psicológico y físico más comúnmente que los varones. La edad de los pacientes del estudio oscila entre la sexta y la séptima década de la vida, con lo que podemos concluir la importancia de manejar temas como la jubilación, el nido vacío y vejez en las intervenciones psicológicas. La escolaridad de los pacientes es mayor a la escolaridad de los pacientes en otras investigaciones, esto se puede deber al tipo de población que acude al INCMNSZ y se debe tomar en cuenta para las intervenciones psicológicas, especialmente psicoeducación y reestructuración cognitiva.

A pesar de que casi la mitad de los pacientes reportan sentirse tranquilos durante la primera consulta en la clínica del dolor, la otra mitad presentan emociones en las que es pertinente brindar intervención psicológica, incluso, a veces inmediata por medio de intervención en crisis o posterior a la consulta médica por medio de reestructuración cognitiva, psicoeducación o entrenamiento en solución de problemas.

Como la consulta era en la clínica del dolor, se esperaba que la principal preocupación de los pacientes durante su primera consulta fuera de esa índole, sin embargo los resultados arrojaron que la preocupación de los pacientes era en su mayoría con respecto a la enfermedad que padecían y aspectos psicosociales, por lo cual, tomando en cuenta que los aspectos psicológicos exacerban el dolor, podemos concluir que es pertinente brindar intervención psicológica con respecto a dichas preocupaciones para sí, prevenir complicaciones en el tratamiento algológico de los pacientes. Con la información recabada acerca de las principales cogniciones de los pacientes se podrían crear grupos de tratamiento cognitivo-conductual en los que se realizara reestructuración cognitiva.

Debido a que el dolor crónico, se puede disminuir con tratamiento médico, más no desaparecer por completo, se preguntó a los pacientes que llegaban por primera vez a la consulta sus expectativas con respecto a la consulta, encontrando que el 37% necesitaba psicoeducación con respecto al dolor crónico, ya que tenían como finalidad la desaparición completa de su dolor. Así mismo, el 14% esperaban información con respecto a su padecimiento, por lo que con estos resultados se concluye que crear grupos de psicoeducación sería de gran ayuda para los pacientes de primera vez.

El locus de control interno tiene un efecto favorecedor en el proceso de adaptación a la enfermedad y en este estudio se ha encontrado que un cuarto de la población necesita internalizar su locus de control con respecto al dolor, lo que favorecería su estado de ánimo, adherencia terapéutica y relación médico-paciente.

Respecto a las creencias irracionales que fueron evaluadas durante la presente investigación se encontraron principalmente 2 creencias irracionales que se presentan en la mayoría de los pacientes, estas fueron “Debo ser totalmente capaz de realizar cualquier cosa” y “Es terrible si las cosas no salen como yo espero”. Dichos resultados resaltan la importancia de realizar reestructuración cognitiva con los pacientes con dolor crónico dando énfasis a las dos creencias ya descritas.

Los resultados de este estudio arrojaron que los 101 pacientes que llegaron por primera vez a la clínica del dolor presentaron una sintomatología significativamente mayor de ansiedad, dicho resultado apoya que existe una necesidad imperante de intervención psicológica temprana, enfocada a la ansiedad más que a la depresión lo cual sin duda permitiría una mejor adaptación del paciente con dolor crónico.

El porcentaje de pacientes que presentaron una sintomatología que supera los rangos de la escala en cuanto a ansiedad y depresión es coincidente con lo reportado en la literatura 22% hasta 78%. Una de las razones de esta amplitud de rango, se debe probablemente a los diversos instrumentos empleados para evaluar estas variables, basados en lo anterior en el presente estudio se utilizó el HAD, diseñado como un instrumento de detección de trastornos ansiosos y depresivos que pudiera ser utilizado en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Por otra parte, este cuestionario se ha empleado en diversas poblaciones de pacientes mexicanos como en farmacodependientes (García, 1992), ancianos (Rojas, 1991), pacientes con insuficiencia renal crónica (Mejía, 1988) y en mujeres con embarazo de alto riesgo (Esquinca, 1989), debido a que no está contaminado por la sintomatología de la patología física del enfermo, y a que ninguno de los reactivos hace referencia a síntomas somáticos, los resultados de depresión y ansiedad en este trabajo, aunque dentro del rango esperado, fueron bajos lo cual se puede relacionar con la escala utilizada.

En los resultados de este estudio la sintomatología de ansiedad y depresión de la población no superó los puntos de corte, por lo que se reitera la necesidad de intervenciones profilácticas al sugerir que se puede intervenir de manera preventiva con los pacientes que llegan por primera vez a una clínica de dolor para evitar que desarrollen o exacerben sintomatología de depresión o ansiedad.

La psicología dentro de las enfermedades crónicas ha hecho especial énfasis en el trabajo profiláctico, con este respecto, el hecho de detectar aquellas características psicológicas con las que llegan los pacientes a su primera consulta a la clínica del dolor, invita a diseñar intervenciones cognitivo-conductuales (entrenamiento en relajación, habilidades sociales, habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva) que puedan prevenir la aparición de problemas de índole psicológico posteriormente.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

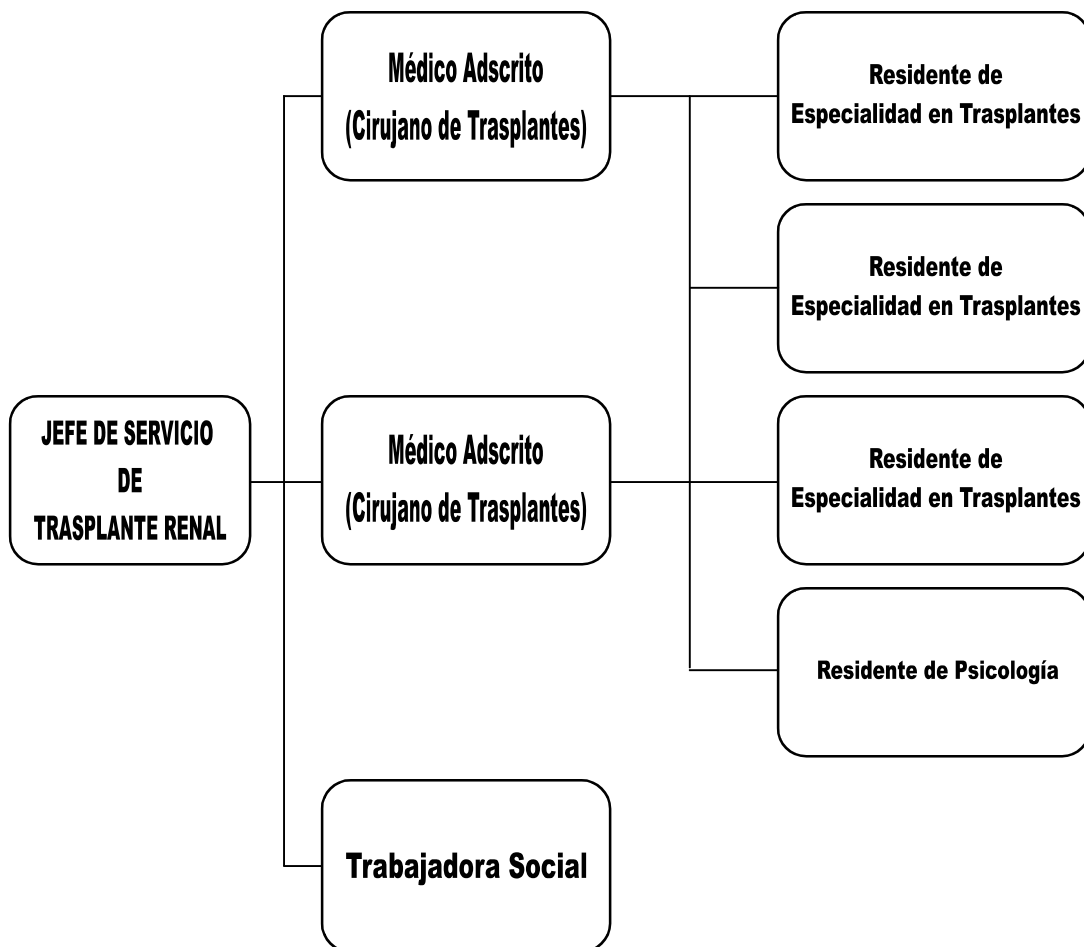
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. Av. Instituto Politécnico Nacional #5160 Col. Magdalena de las Salinas CP. 07760, México D.F.

Es un hospital de tercer nivel que cuenta con servicios de internamiento y consulta externa por parte de 19 especialidades y subespecialidades. Se distribuyen en 7 edificios, 50 consultorios, 10 quirófanos, 10 aulas, 4 laboratorios, banco de sangre y 1 bibliohemeroteca (Vargas, 2000).

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Ubicado en la planta baja del Hospital Juárez de México, cuenta con 3 aislados de hospitalización, jefatura, consultorio y sala de usos múltiples.

Dicho servicio se conformó en el 2005 por los siguientes integrantes:



En el servicio de Trasplante Renal de dicho hospital, existe un trabajo interdisciplinario gracias al cual los pacientes reciben una atención adecuada y llegan al trasplante de riñón en óptimas condiciones para asegurar una evolución exitosa en cada paciente trasplantado, por lo tanto, tienen igual peso e importancia las áreas social, psicológica y médica.

LÍNEAS DE AUTORIDAD

Además de la autoridad dentro del Servicio de Trasplante Renal, se contaba con apoyo y supervisión por parte del supervisor in situ Dr. Ricardo Gallardo quien fungía como jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología. Así mismo se brindó supervisión académica por parte de la Psic. Irma de la Torre y del tutor Mtro. En Psic. Leonardo Reynoso Erazo.

EPIDEMIOLOGÍA

La insuficiencia renal crónica se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte, como lo muestra la TABLA 1.

Tabla 1. Principales causas de mortalidad 2005.

	Causas	Defunciones
1.	Enfermedades del corazón	81.219
2.	Diabetes mellitus	67.353
3.	Tumores malignos	62.895
4.	Accidentes	35.657
5.	Enfermedades del hígado	30.210
6.	<u>Enfermedades cerebrovasculares</u>	27.238
7.	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16.343
8.	<u>Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</u>	15.352
9.	<u>Influenza y neumonía</u>	13.371
10.	Insuficiencia renal	10.400
	Defunciones generales	495.240

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI 2007

Se estima que la incidencia de la insuficiencia renal asciende al año a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes, por lo que se estima que sería necesario realizar 5,000 trasplantes al año para satisfacer la demanda de dicha población.

Existen tres estrategias de tratamiento para la enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón. Conforme el pase del tiempo, la cantidad de trasplantes renales realizados ha ido en aumento como se puede observar en la TABLA 2.

Tabla 2. Trasplantes renales realizados entre 2000 y 2007

Trasplantes Renales Realizados 2000 - 2007	
Año	Trasplantes
2000	1.454
2001	1.527
2002	1.614
2003	1.738
2004	1.752
2005	2.039
2006	1.925
Marzo 2007	356

Fuente: CENATRA, 2007

La donación y los trasplantes de órganos y tejidos, representan el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de la salud, en México. Sus logros, han involucrado prácticamente a todas las especialidades de la medicina moderna, convirtiéndose en una alternativa terapéutica para los padecimientos, principalmente los crónico-degenerativos (Secretaría de Salud, 2006).

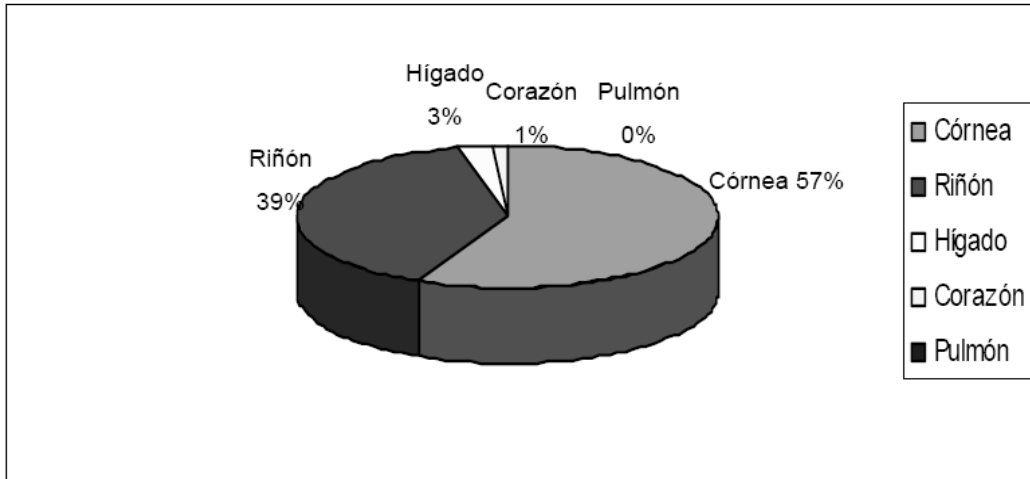
El Hospital Juárez de México inició el programa de trasplantes en el año 1991, en este mismo año se realizó con éxito el primer trasplante renal de donador vivo relacionado y en 1993 el primero de procuración de donador cadavérico (Urbina, Bazán y Galindo, 2005).

El Hospital Juárez de México atiende a población de bajos recursos económicos, generalmente, que no cuentan con servicio médico y que tienen que pagar una cuota de recuperación asignada dependiendo la evaluación socioeconómica.

Los Datos del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) a finales de 2005, registraron 9,093 personas en espera de un órgano, de los cuales 3,531 son de riñón, en cuanto al sexo de los pacientes en espera de un órgano 55% son hombres y 45% mujeres.

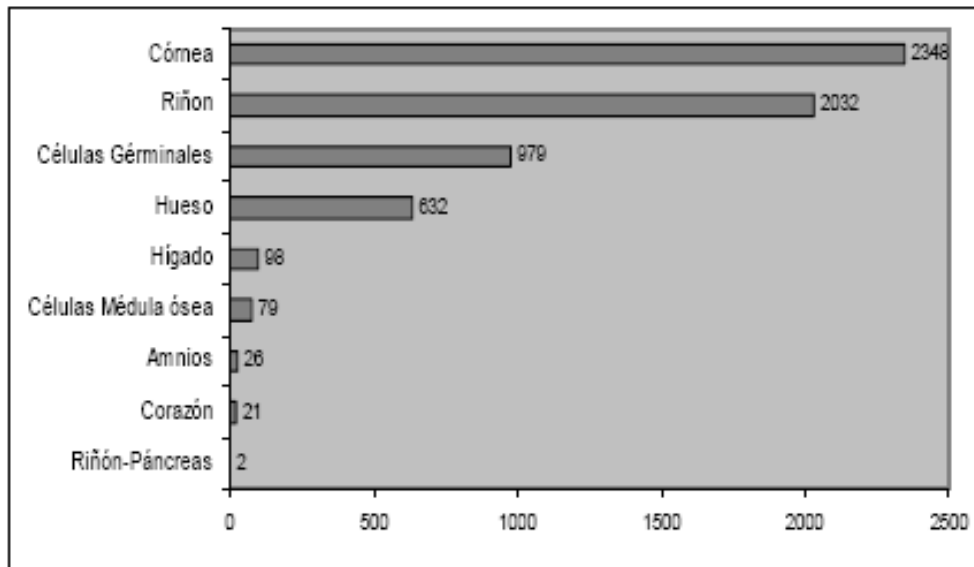
Después de los trasplantes de córnea la mayor cantidad de trasplantes que se realizan son los trasplantes de riñón como se observa en la (GRÁFICA 1 y 2).

Gráfica 1. Distribución de la demanda de órganos para Trasplante, México 2005.



FUENTE : Registro Nacional de Trasplantes, 2005.

Gráfica 2. Principales tipos de Trasplantes realizados en México, 2005.



FUENTE : Registro Nacional de Trasplantes, 2005.

PSICOLOGÍA Y TRASPLANTES

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), recientemente llamada enfermedad renal (ER) es una enfermedad que incluye un sin fin de aspectos psicológicos, entre los que se encuentran la disminución y pérdida de autonomía (Buchanan y Abram, 1989); ansiedad y depresión (Long, 1989); problemas en la adherencia al tratamiento (Brickman y Yount, 1996) y problemas sexuales (Symister y Friend, 1996).

Existen tres estrategias de tratamiento para la enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón. Estos tratamientos proveen la disminución de los síntomas, mejora en la calidad de vida y la esperanza de vida (Welch, 1994, en Wainwright, Fallon y Gould, 1999). A diferencia de la diálisis y hemodiálisis, el trasplante brinda al paciente la posibilidad de incrementar su independencia y por tanto le da mejor calidad de vida. Los pacientes que se encuentran en protocolo de trasplante se enfrentan a diferentes retos: vivir con la expectativa de un rechazo del riñón, cambios en el estilo de vida y acoplarse a vivir con medicamentos para toda la vida.

Existen pocas investigaciones relacionadas con los factores psicológicos implicados en un trasplante renal, incluso, en la Revista Mexicana de Psicología, fundada en junio de 1984, no existe ninguna investigación al respecto, lo cual nos habla de la importancia de comenzar investigaciones en México que estudien los aspectos psicológicos de dicha población.

A partir del siglo pasado, se ha considerado la importancia de incluir un psicólogo o psiquiatra en el equipo de trasplantes, se realizó una investigación con 27 hombres y 13 mujeres receptores de órganos trasplantados encontrando la necesidad de intervención psicológica en la euforia y/o depresión postoperatoria, ansiedad, reajuste sexual, social y profesional. (Bourgeois, Peyre, Verdoux y Paulhan, 1990).

Con respecto a los pacientes inscritos en una lista de donador cadavérico se realizó una evaluación en la que concluyeron que son más susceptibles a presentar episodios de ansiedad que aquellos pacientes en protocolo de donador vivo relacionado (Terán, Ruíz, Estrada, Barajas y Díaz, 2001).

La salud mental ha sido reconocida como un elemento importante desde los primeros trasplantes realizados, en gran medida debido a los trastornos del afecto y la psicosis que se presentan a menudo en la etapa postoperatoria (Olbrisch y Benedict, 2002). Aunque se han encontrado trastornos en el afecto también en el periodo preoperatorio debidos a la incertidumbre que viven al introducirse en una situación totalmente desconocida para ellos.

La evaluación psicológica pretrasplante sirve para identificar factores de riesgo que aumentarían el riesgo de baja adherencia postoperatoria y problemas en el afecto y en el juicio que pueden afectar después de la cirugía, sin embargo, existen pocos psicólogos que utilizan instrumentos objetivos de evaluación, la mayoría se guían

por entrevistas (Olbrisch y Benedict, 2002) por lo tanto, es necesario crear instrumentos validados que ayuden al profesional a detectar factores psicológicos de manera precisa.

Breu-Dejean, Sudres, Roge y Rostaing (2003) estudiaron la calidad de vida de 20 pacientes en diálisis esperando un trasplante renal y 24 pacientes ya trasplantados, por medio de una entrevista semiestructurada se obtuvieron los datos sociodemográficos, clínicos y sintomatología psicológica. El cuestionario de Imagen Corporal (M. Bruchon-Schweitzer, 1986-1987), el Inventario de Autoestima (S. Coopersmith, 1984) y la Escala Social de Autoaplicación (M. Weissmann, 1975) fueron aplicadas a los pacientes. Los resultados indicaron que los pacientes con trasplante renal tienen una mejor imagen corporal, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con respecto al autoestima ni en cuanto a las habilidades sociales.

Con respecto a los efectos psicológicos del trasplante (Gulla y Buzena, 2006) encontraron que los pacientes en protocolo de trasplante de corazón se ven afectados en la toma de decisiones con respecto al trasplante por miedos, dudas éticas y religiosas así como el estrés relacionado con la cirugía y la rehabilitación. El paciente trasplantado presenta dificultades con respecto a la inmunosupresión debido a la baja de defensas que presenta, por lo que debe implementar un estilo de vida mucho más saludable al evitar beber alcohol, fumar, alimentarse sanamente y tomar sus medicamentos a la hora indicada, por lo que es de suma importancia el trabajo de la adherencia terapéutica de dichos pacientes.

La investigación más reciente con respecto a la evaluación de los pacientes en protocolo de trasplante renal fue realizada por medio de la Escala de Calidad de Vida para Enfermos Renales (KDQOL-SF) con la finalidad de validarla para esta población. Dicha validación se realizó con 418 pacientes de un centro de trasplante renal, encontrando una excelente confiabilidad interna y un alfa de Cronbach superior a .70, además, encontraron una alta correlación negativa entre la escala de calidad de vida y la escala de depresión (CES-D). Como conclusión proponen la escala KDQOL-SF como una herramienta confiable y validada para determinar la calidad de vida de los pacientes en protocolo de trasplante renal. (Barotfi, Szabolcs, Molnar, Mirlos, Almasi, Csilla, Kovacs y Agnes, 2006).

Los trasplantes renales son un tema importante a tratar con respecto a la ética de los mismos, por lo que (Taylor, 2006) analiza la legalización de los mercados de riñones humanos, argumentando que, en caso de legalizarse, existiría un aumento de coerción por parte de los pacientes con enfermedad renal o sus familiares, hacia los potenciales donadores de riñón.

Ramchandani y Dilip (2006), argumentan la necesidad de protocolos estandarizados para evaluar las características psicológicas de los pacientes que necesitan un trasplante renal, sobretodo con respecto a la motivación, manipulación, coerción, etc. Debido a la imposibilidad de realizar esta evaluación por medio del DSM-IVTR, desde un punto de vista psicoanalítico, proponen identificar 6 mecanismos de defensa que presenten los donadores y describen la importancia del entrenamiento en toma de decisiones para aceptar o rechazar donar su riñón.

Con respecto a la sintomatología psicológica que presentan los pacientes en proceso de postrasplante, se realizó un estudio con 100 pacientes, en donde el 68% eran hombres y el 32% mujeres, el 76% de los trasplantes fueron cadavéricos, 21% de vivo-relacionado y 3% de vivo-no relacionado. (Zarifian, 2006). A continuación se muestra la tabla de los resultados encontrados con respecto a la sintomatología psicológica que presentaron los pacientes.

Tabla 3. Frecuencia de Síntomas Postrasplante en Pacientes Masculinos (n=68)

Síntomas	Número de pacientes	Porcentaje
Sueño	58	85%
Exceso de ingesta	56	82%
Fatiga	50	74%
Cambios en la apariencia corporal	48	71%
Cambios de estado de ánimo	45	66%
Tobillos hinchados	45	66%
Cefaléa	43	63%
Problemas de concentración	42	62%
Cambios en la apariencia facial	40	59%
Incremento de vello	40	59%

La sintomatología presentada por lo pacientes postrasplantados es tanto fisiológica como psicológica por lo que se enfatiza en el trabajo psicológico de dicho pacientes para su recuperación, ya que estos síntomas pueden afectar la calidad de vida del paciente.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Pase de Visita: De Lunes a Viernes, por la mañana se realizaban visitas para detectar donadores potenciales (pacientes diagnosticados con muerte cerebral), el papel del psicólogo era apoyar a la familia de dicho paciente en su duelo en casos necesarios.

Sesión académica de trasplantes: De Lunes a Viernes de 8:00 a 9:00am se impartían clases sobre enfermedad renal, urología, nefrología, trasplantes, psicología y trabajo social. Se dividían las clases entre los médicos residentes, psicología, trabajo social y coordinación de trasplantes. La finalidad de las sesiones académicas era que todos los integrantes del servicio conocieran las actividades de los demás miembros y así

trabajar de manera interdisciplinaria. Entre las clases que se impartieron por parte de psicología fueron: Aspectos psicológicos de la enfermedad renal, Adherencia terapéutica, Evaluación psicológica del paciente a trasplantar, Investigación psicológica en trasplantes, Ansiedad y Depresión en pacientes trasplantados e intervención psicológica del paciente trasplantado.

Pláticas de Primera Vez: Los Miércoles a las 12:00 pm se programaban pláticas con el paciente que ingresaría por primera vez al servicio de trasplante renal y con sus familiares. Se presentaba el equipo médico con el paciente y sus familiares, cada uno explicando la importancia de su área y a su vez resolviendo dudas que tuviera el paciente o sus acompañantes. La tarea del psicólogo, además de presentarse era la de detectar características del paciente y de su entorno familiar para posteriormente planear un plan terapéutico.

Evaluación psicológica para donadores y receptores: En La Norma Oficial publicada en 1994 (NOM-EM 0003-SSA-1994) se establece que: "...de los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, el comité estará integrado.....por un psiquiatra o psicólogo....". Esto se debe a que existen criterios psicológicos que debe cumplir el candidato a trasplante y su donador, entre los criterios que se evaluaban se encontraban: Aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión, relación familiar, adherencia terapéutica, motivación, aceptación voluntaria para el trasplante, sintomatología de depresión, sintomatología de ansiedad, estilos de afrontamiento, historia psiquiátrica. Dichas características se evaluaban mediante el protocolo de evaluación psicológica publicada en Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado y Reynoso (2001), que tiene como objetivo cumplir con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de Donación y Trasplantes. Se aplicaban los siguientes instrumentos: Entrevista estructurada para Trasplante Renal de donador y receptor de trasplante vivo-relacionado y para receptor de trasplante cadavérico (EETR), IDARE, Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT, BAI, BDI, Inventario de Personalidad 16PF.

Tratamiento psicológico para los pacientes en protocolo de trasplante: Según las características encontradas en la evaluación previa, se determinaban los déficits y excesos cognitivos y conductuales de los pacientes para crear un plan de tratamiento que preparaba al paciente a cumplir con los criterios psicológicos para un trasplante. El tiempo de tratamiento era variable para cada paciente dependiendo de sus características, el tratamiento consistía en Entrenamiento en Relajación y Reestructuración Cognitiva para la ansiedad, Psicoeducación sobre el trasplante, cuidados postoperatorios y toma de medicamentos, Desensibilización sistemática con el fin de preparar al paciente al periodo de aislamiento, Entrenamiento en Solución de Problemas para toma de decisiones y en caso necesario se trabajaba con los familiares del paciente.

Resumen de valoración psicológica: Cada paciente debía tener un resumen conformado por el área médica, psicológica y social. El resumen psicológico indicaba que el paciente era apto para la realización del trasplante. Se le brindaba retroalimentación al paciente sobre lo indicado en el reporte y se le invitaba a firmarlo de enterado, para posteriormente, presentar al paciente con el Dr. Ricardo Gallardo (Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología) quien les realizaba una entrevista y comparaba los resultados con el resumen, en caso de estar de acuerdo con dicho escrito el Dr. Ricardo Gallardo firmaba como VoBo y el resumen estaba completo (ANEXO 2). Una vez completos los resúmenes médicos, psicológicos y sociales, se cita un subcomité conformado por médicos especialista quienes discuten los resultados de los estudios, esto permite hacer las aclaraciones necesarias. Cuando todo está aclarado se cita a un comité conformado por expertos en trasplantes y bioética donde se comenta el caso por el médico encargado del trasplante, la psicóloga y la trabajadora social y se fija la fecha del trasplante.

Grupo de pacientes en protocolo de trasplante cadavérico: El último lunes de cada mes, los pacientes en lista de espera para un trasplante de donador cadavérico asistían al Hospital Juárez con la finalidad de ser evaluados por los médicos de trasplante y por psicología. Dichas reuniones, eran aprovechadas con la finalidad de reforzar en los pacientes lo aprendido durante la preparación psicológica previa. Se manejaron temas que a veces eran propuestos por psicología y a veces por los propios pacientes: Psicoeducación sobre anestesia en trasplantes, percepción de riesgo a presentar complicaciones, prevención de peritonitis, ansiedad, depresión, tolerancia a la frustración, enojo y ampliación de redes sociales. En casos necesarios, al término de la sesión grupal se hacían intervenciones individuales con los pacientes, principalmente Contención Emocional y Solución de Problemas.

Apoyo Psicológico durante el periodo preoperatorio: Horas antes de que el paciente fuera ingresado a quirófano, se ponía en práctica el entrenamiento en relajación que el paciente ya conocía y se brindaba apoyo a los familiares, quienes generalmente presentaban ansiedad. Se brindaba también apoyo psicológico a los pacientes que eran llamados para un trasplante cadavérico y que por alguna razón no serían trasplantados, con estos pacientes se trabajaba generalmente reestructuración cognitiva ante ideas irracionales que les surgían ante dicha situación.

Apoyo psicológico durante el periodo postoperatorio o de aislamiento: Después de la cirugía, el paciente pasaba a un cuarto de aislamiento ubicado en el Servicio de Trasplante Renal, el tiempo de su estancia dependía de su evolución, podía variar estar hospitalizado desde una semana, quince días, hasta un mes. Durante este periodo solamente lo visitaban las enfermeras, médicos y psicólogos, sin embargo podían comunicarse con sus familiares por medio de un interfón. El trabajo de psicología era brindar terapia ocupacional al paciente, realizar reestructuración cognitiva y continuar con el entrenamiento en relajación.

Consulta externa: Durante la consulta externa de los médicos trasplantólogos, se podían detectar conductas o pensamientos que pudieran traer complicaciones al trasplante como infecciones o el rechazo agudo del injerto.

Se realizaba intervención en crisis a los pacientes que recibían en ese momento un diagnóstico de rechazo agudo del injerto y debían volver a un método sustitutivo (diálisis o hemodiálisis)

ACTIVIDADES ACADÉMICAS INDEPENDIENTES DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Supervisión de casos: Los lunes a las 10:00am la Psic. Irma de La Torre supervisaba casos clínicos, apoyaba en literatura sobre trasplante renal, ER y terapia cognitivo-conductual, ansiedad preoperatorio y psicoeducación. Los martes a las 12:00pm el Dr. Ricardo Gallardo supervisaba casos en sesiones conjuntas con el grupo de residentes de medicina conductual de todos los servicios.

Clases teóricas: Los martes a las 12:00pm el Dr. Ricardo Gallardo impartía clases a todos los residentes de medicina conductual sobre terapia grupal y revisaba los protocolos de investigación de cada uno de los residentes de los distintos servicios.

Sesión Clínica: Los miércoles a las 10:00am se revisaban casos clínicos por parte de los nueve residentes de medicina conductual y los siete médicos adscritos de psicología. Los casos se presentaban de manera estructurada por medio de un resumen de los datos clínicos, posteriormente se analizaban los datos del caso y se hacían sugerencias al psicólogo que presentaba el caso sobre estrategias de tratamiento adecuadas para el tipo de paciente.

SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Supervisión *in situ*: El supervisor *in situ* fue el Dr. Ricardo Gallardo, Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología. Las supervisiones resultaban enriquecedoras debido a que brindaba un punto de vista psiquiátrico a los casos vistos, además de que invitaba a los residentes a ver cada caso de manera ecléctica, en su mayoría debido a que su formación es psicoanalítica. Se discutían y supervisaban casos clínicos individuales y grupales, brindaba herramientas para mejorar las habilidades profesionales y brindaba apoyo emocional a los residentes que así lo solicitaran, de manera respetuosa alentaba y motivaba al grupo a realizar protocolos de investigación. Además le daba un gran peso a la psicología dentro del hospital, lo cual brindaba un ambiente muy alentador hacia los residentes. Las evaluaciones mensuales realizadas por el supervisor *in situ* fueron justas pues se basaban en la adquisición y dominio que tenía cada residente de competencias profesionales, evaluaba características conductuales profesionales así como el registro del interés del residente por las clases, los pacientes y los protocolos de investigación.

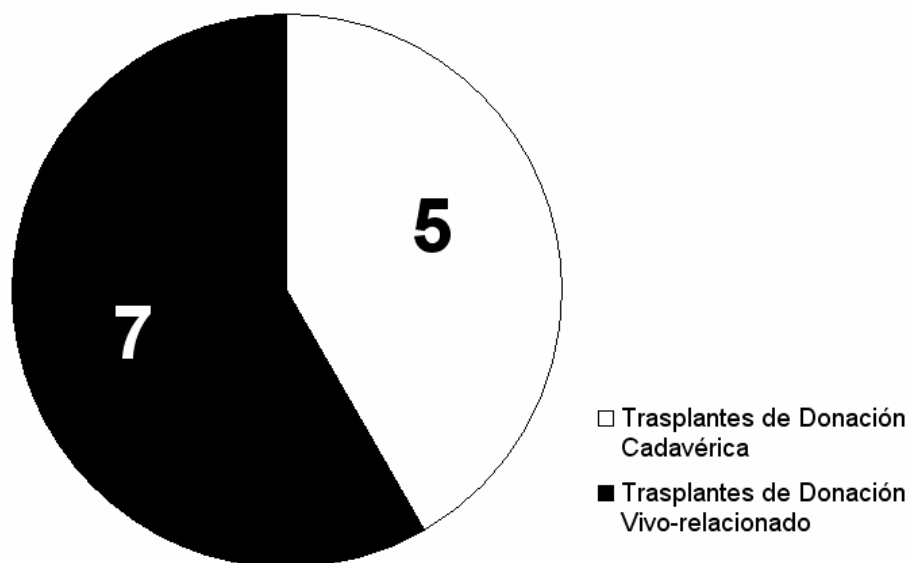
Supervisión Académica: El Mtro. Leonardo Reynoso, como tutor, supervisaba las actividades profesionales que se realizaban así como apoyo académico durante toda la residencia. La Psic. Irma de la Torre tiene una formación Cognitivo-Conductual por lo que el apoyo y supervisión eran enriquecedores a la práctica clínica y de investigación. La supervisora académica brindaba y recomendaba bibliografía dependiendo de las necesidades de los residentes y brindó apoyo importante para la realización de los protocolos de investigación que se llevaron a cabo durante ese año.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN (HOSPITAL JUÁREZ 2005 – 2006)

La población atendida en el servicio de trasplante renal es menor comparada con otros servicios. El área de psicología se conformó de marzo de 2005 a febrero de 2006 por una psicóloga: Lic. Tania Morales Vigil.

Los pacientes que ingresan a protocolo de trasplante renal, han sido diagnosticados con Enfermedad Renal y han sido evaluados por parte de trabajo social con la finalidad de valorar que cubran los criterios sociodemográficos, el 51.36% de los pacientes fueron de sexo masculino, mientras que el 48.63% fueron de sexo femenino. La mayoría de los pacientes de dicho servicio, provienen del Distrito Federal o del Estado de México, aunque se atendieron pacientes de Hidalgo, Guerrero, Chiapas y Belice (estos últimos pacientes fueron evaluados y tratados psicológicamente en el idioma inglés debido a que no eran hispanoparlantes).

Trasplantes Renales en el HJM 2005 - 2006



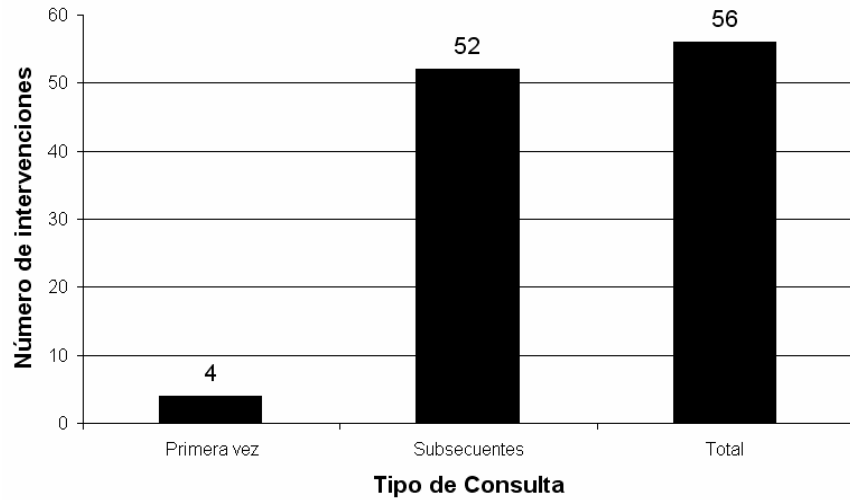
Gráfica 3. Total de pacientes trasplantados de marzo 2005 a febrero 2006.

En los doce trasplantes realizados, la intervención psicológica se brindó antes, durante y después de cada uno de ellos para los pacientes, donadores y sus familiares, independientemente del horario en que se realizaran estos.

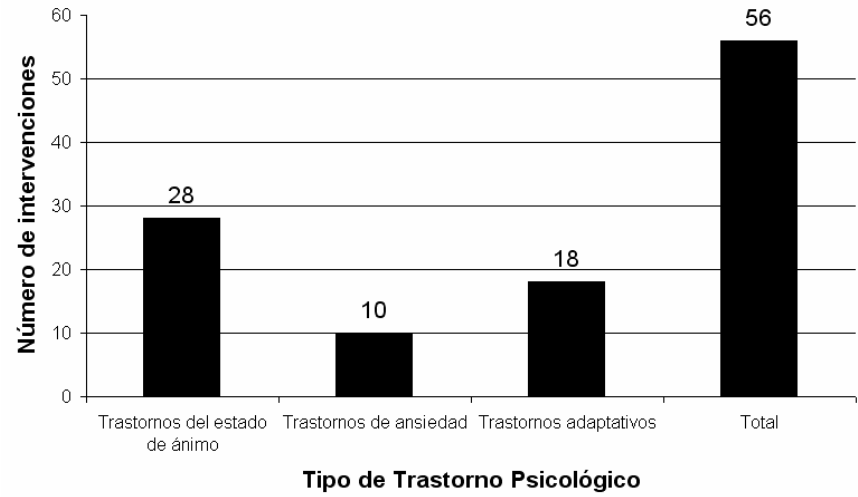
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DURANTE LA ROTACIÓN

A continuación se muestran las gráficas que indican tanto el tipo de consulta como el tipo de trastorno psicológico atendidos desde el mes de marzo de 2005 a febrero de 2006:

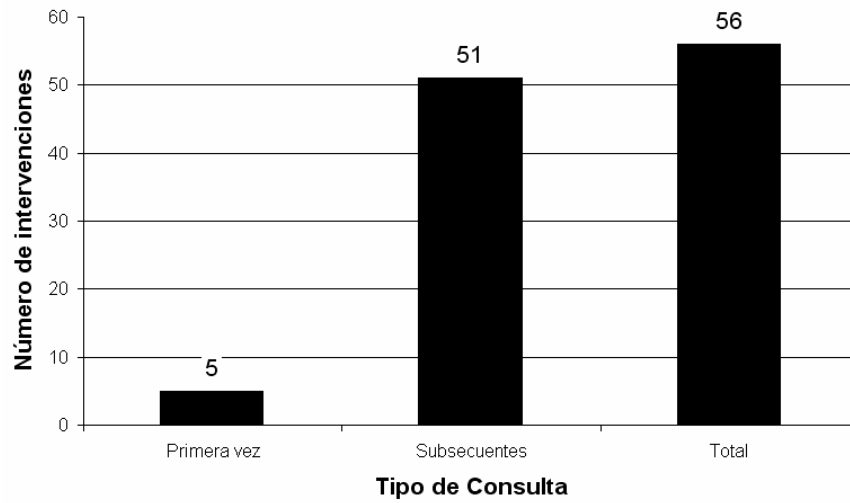
MARZO 2005



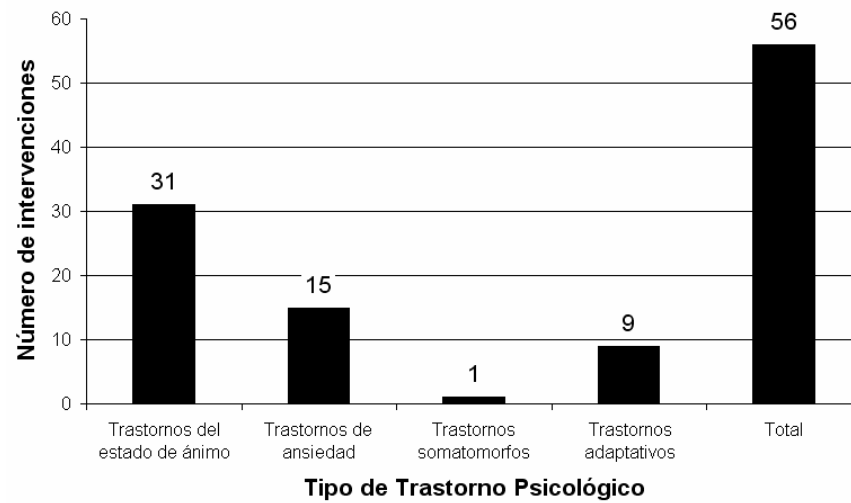
MARZO 2005



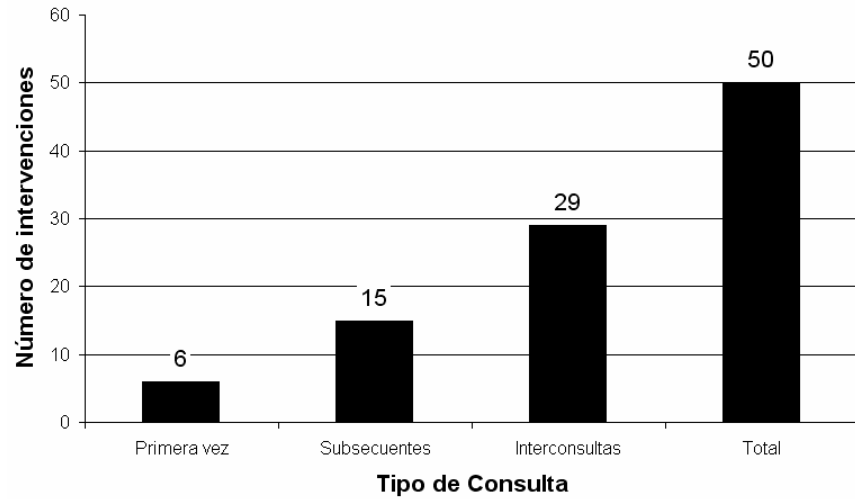
ABRIL 2005



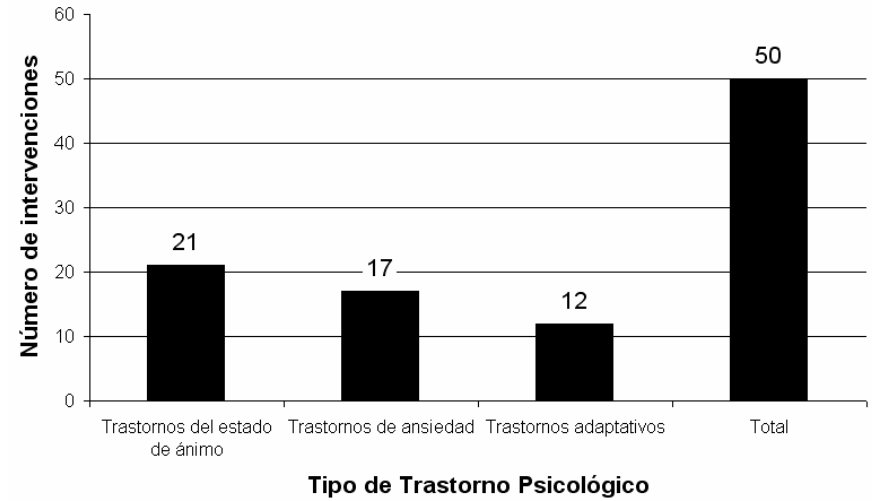
ABRIL 2005



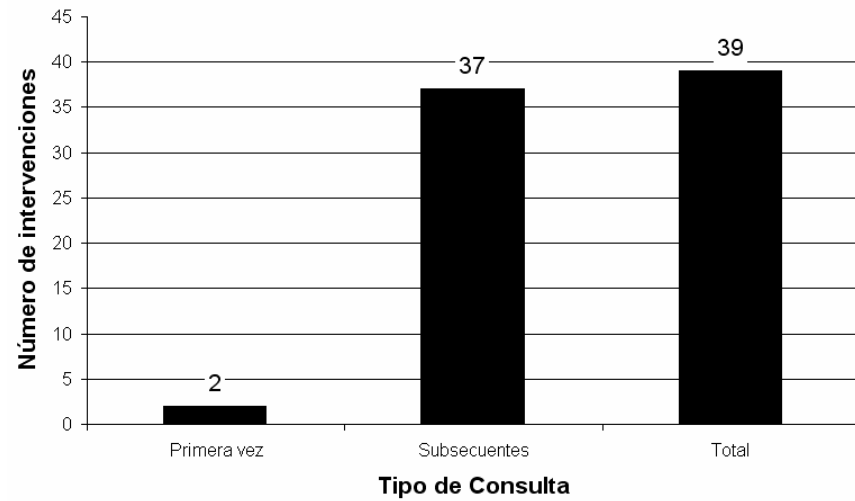
MAYO 2005



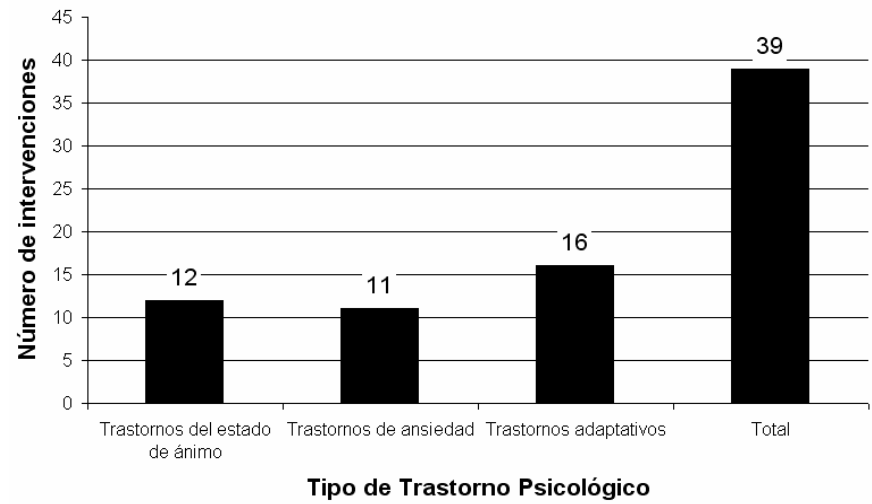
MAYO 2005



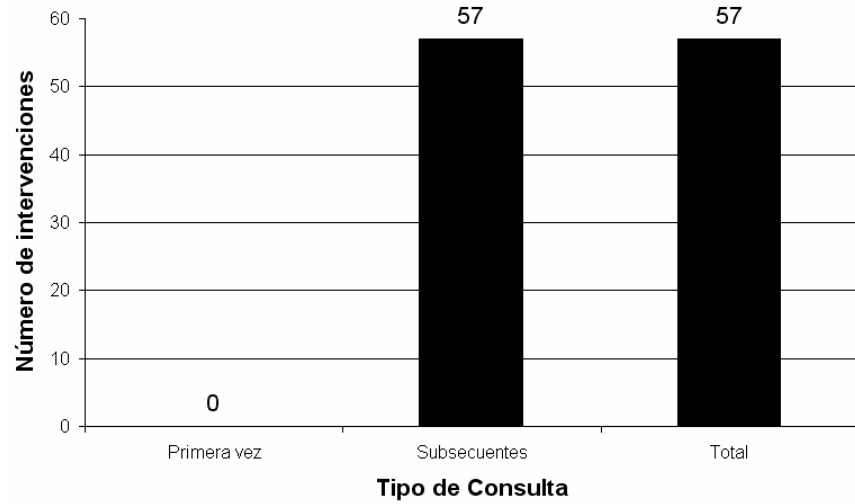
JUNIO 2005



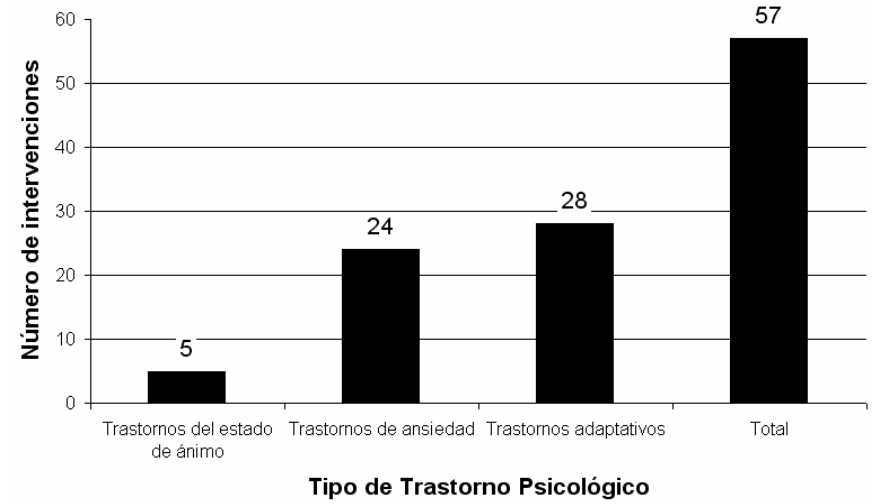
JUNIO 2005



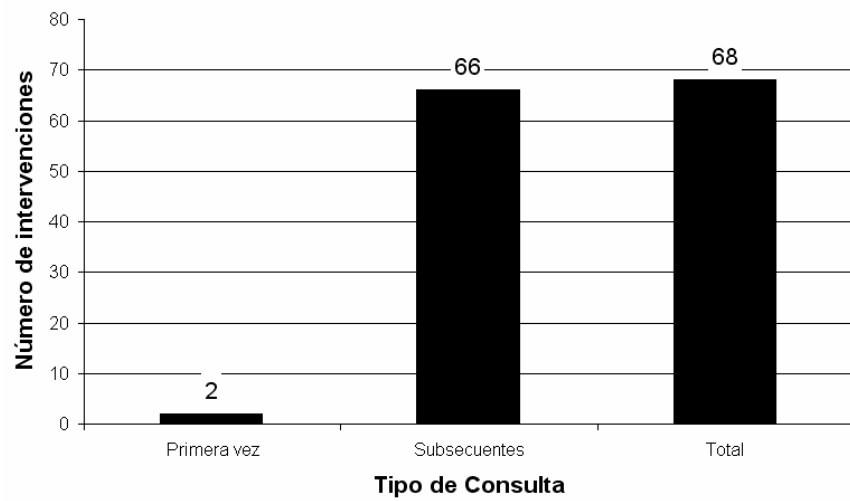
JULIO 2005



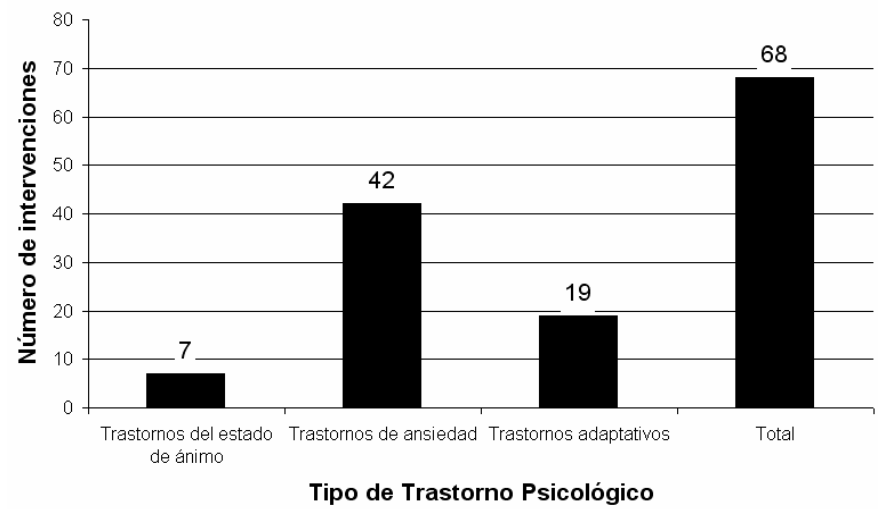
JULIO 2005



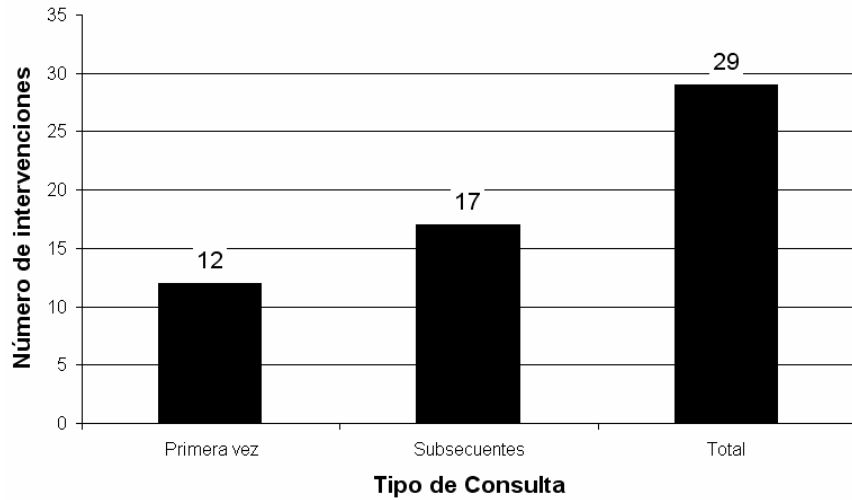
AGOSTO 2005



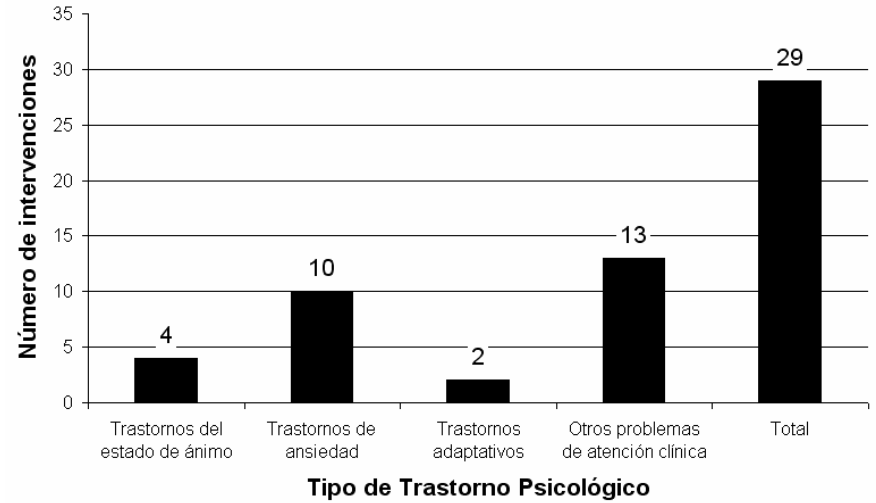
AGOSTO 2005



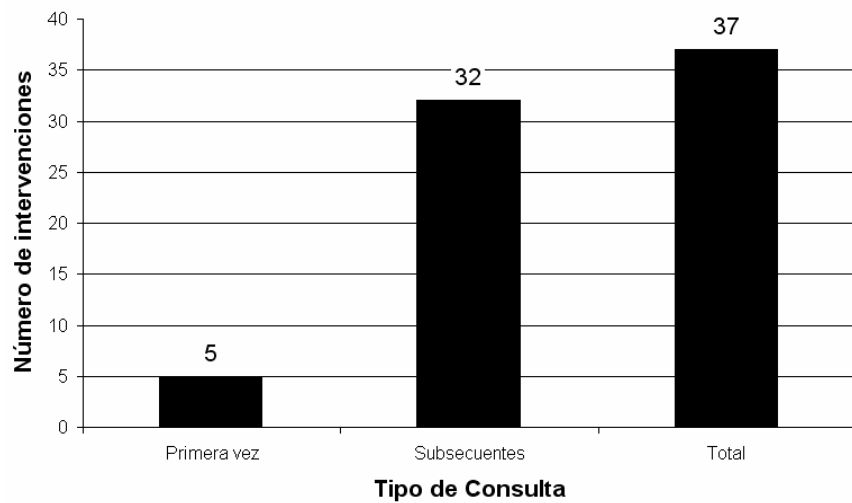
SEPTIEMBRE 2005



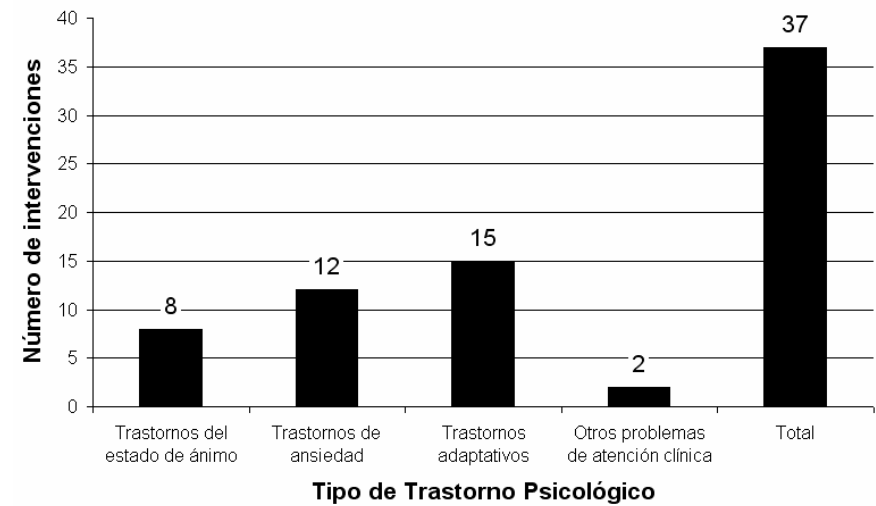
SEPTIEMBRE 2005



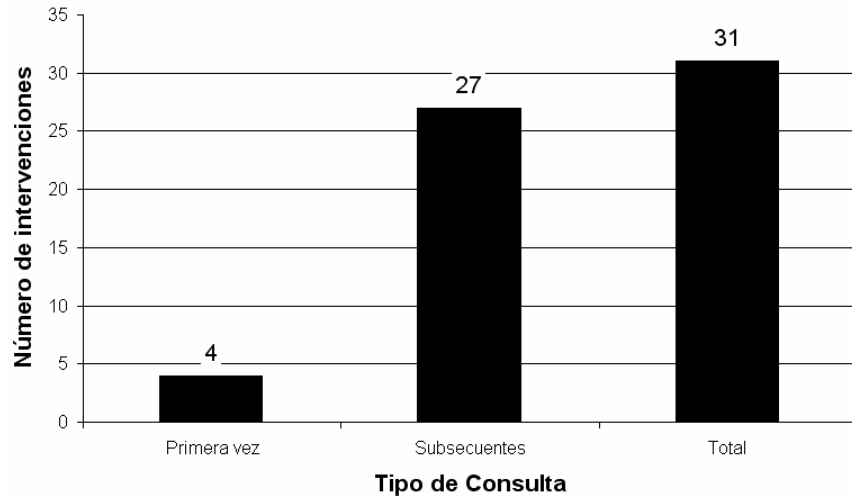
OCTUBRE 2005



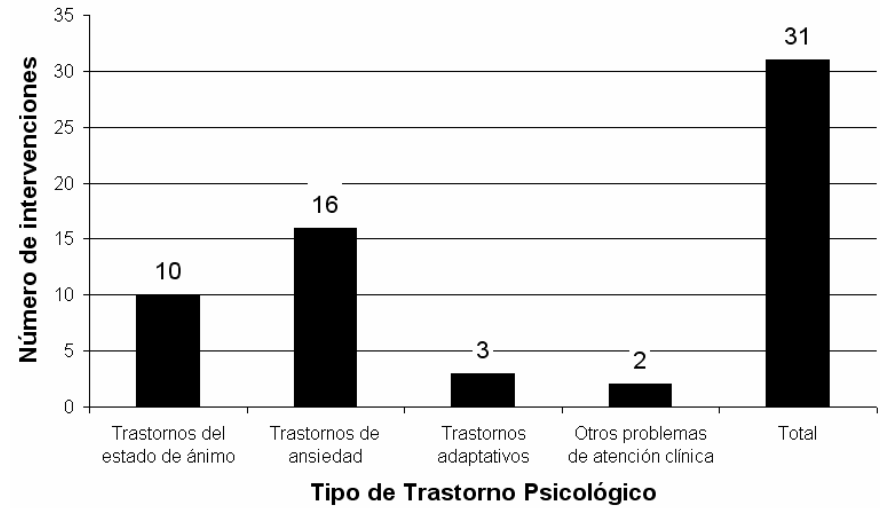
OCTUBRE 2005



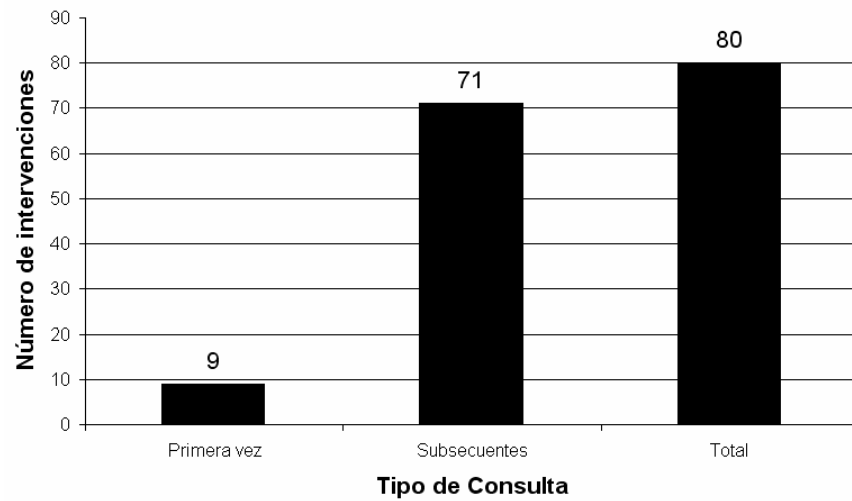
NOVIEMBRE 2005



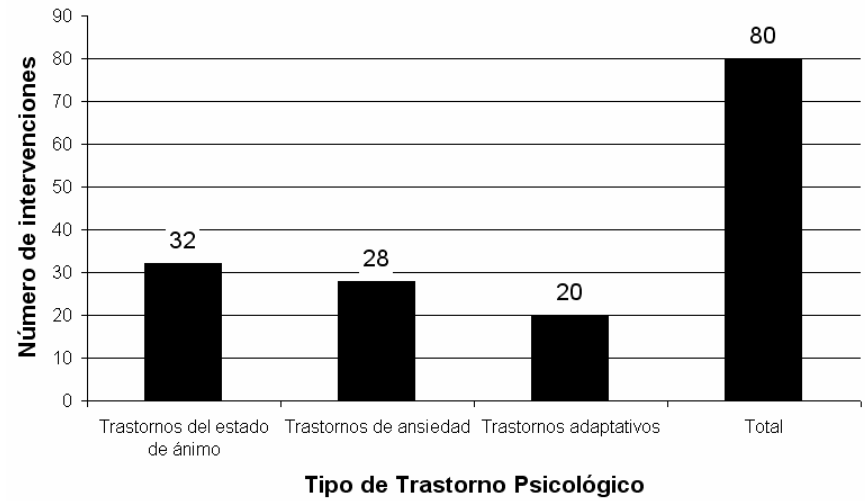
NOVIEMBRE 2005



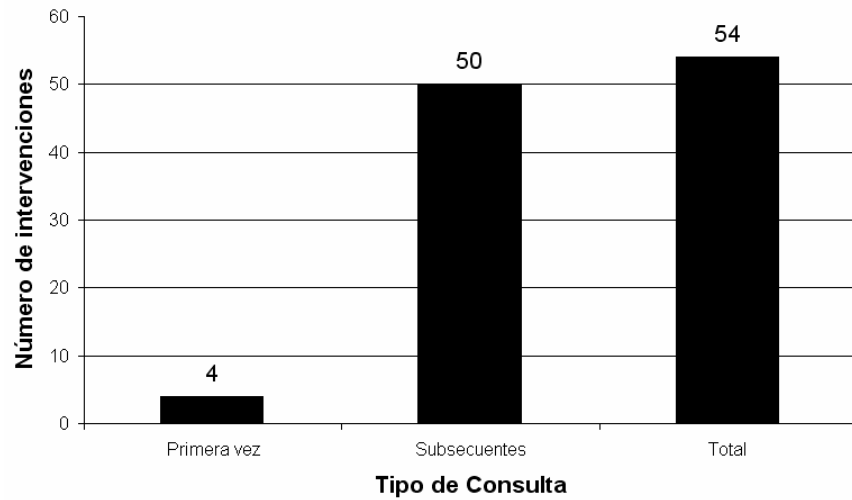
DICIEMBRE 2005



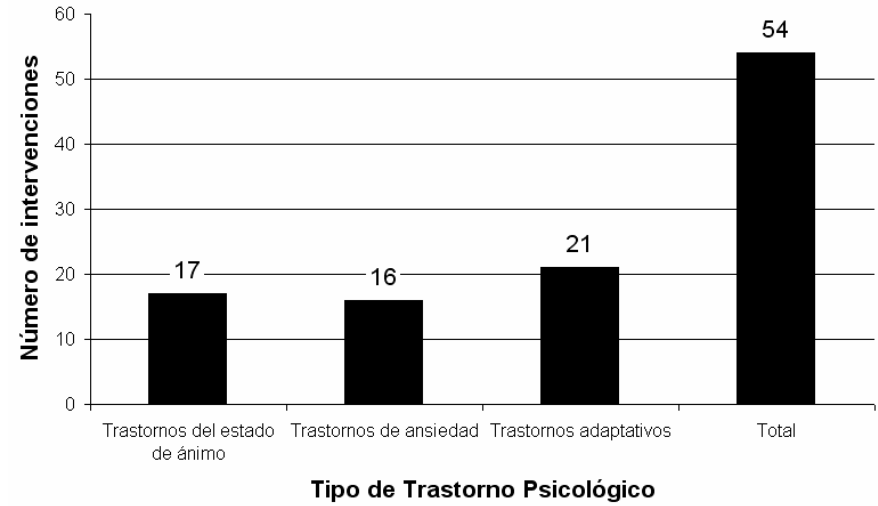
DICIEMBRE 2005



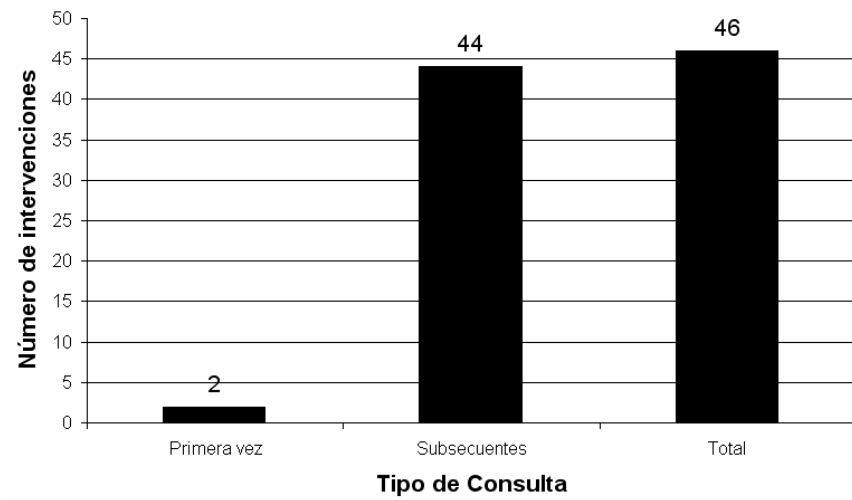
ENERO 2006



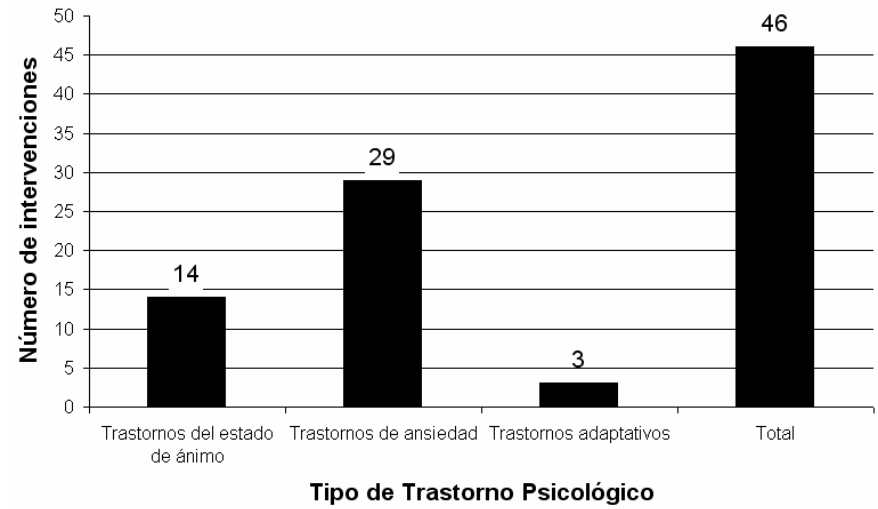
ENERO 2006



FEBRERO 2006



FEBRERO 2006



INVESTIGACIONES REALIZADAS DURANTE LA RESIDENCIA

PERCEPCIÓN DE RIESGO A PRESENTAR COMPLICACIONES DE SALUD EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal brinda al paciente la posibilidad de incrementar su independencia y por tanto le da mejor calidad de vida. Sin embargo, es de suma importancia que el paciente tenga la representación cognitiva de los riesgos en los que se encuentra inmerso al ser un paciente trasplantado y de esta manera realizar las conductas de autocuidado pertinentes con la finalidad de preservar su calidad de vida.

Entre las conductas de autocuidado que los pacientes con un riñón trasplantado deben tener se encuentran: Tomar más de dos litros diarios de agua pura, tener especiales cuidados sanitarios, tomar medicamentos toda su vida a la hora precisa, seguir un régimen alimenticio especial, realizarse exámenes médicos a menudo, así como acudir a sus citas médicas de manera regular. El presente trabajo tuvo como objetivo conocer la influencia que tiene el tiempo sobre la percepción de riesgo a presentar complicaciones de salud en los pacientes con trasplante renal, con la finalidad de comenzar a visualizar las cogniciones que tienen los pacientes con respecto a su estado de salud.

El estudio se basó en la siguiente definición del constructo “percepción de riesgo es la representación cognitiva de eventos que capta la persona en el medio ambiente y que le resultan significativamente amenazantes” (Johnson, 1991 en Oviedo, 2001).

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la investigación fue intersujetos debido a que se comparó la variable percepción de riesgo entre los dos distintos grupos de pacientes. (Grupo1. De 0 a 1 año de postrasplante Y Grupo2. Más de 1 año de postrasplante). Se estudiaron 30 pacientes con una media de edad de 30 años (16-58), de los cuales 22 fueron hombres y 8 mujeres. El estudio fue no experimental debido a que no se pudieron elegir a los sujetos al azar debido a la cantidad de pacientes del servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México. Para la realización del presente estudio se captó a los pacientes en consulta externa después de obtener el permiso correspondiente por parte del jefe de servicio de Trasplante Renal. Al terminar la consulta médica, se le solicitó a los pacientes su participación voluntaria y en caso de que aceptaran se les preguntó el tiempo transcurrido posterior a su trasplante y se le solicitó que respondieran la Escala de Percepción de Riesgo a Presentar

Complicaciones Postrasplante (ANEXO 3), la cual se piloteó en 25 pacientes postrasplantados presentando una confiabilidad de .8236 .La Escala de Percepción de Riesgo a Presentar Complicaciones Postrasplante cuenta con 15 reactivos que se responden por medio de la escala Likert. Después de haber reunido 15 Escalas contestadas de cada uno de los dos grupos se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos por medio de una t de Student con la finalidad de encontrar si es que existen diferencias significativas en los 2 distintos grupos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al aplicar la t de Student para muestras independientes a los datos, se obtuvo un resultado de $t=1.76$ con $p = 0.18$ por lo que se acepta la hipótesis nula, demostrándose en este estudio que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados. El ideal de respuestas en la Escala de Percepción de Riesgo a Presentar Complicaciones Postrasplante era de 45 puntos en todos los pacientes que equivaldría al 100% y el porcentaje de respuestas correctas en la población fue de 76.6%, esto nos indica que la población estudiada de pacientes postrasplantados del Hospital Juárez de México tiene una adecuada percepción de riesgo a presentar complicaciones postrasplante. Debido a que no se han realizado investigaciones anteriores a esta con respecto al tema es imposible comparar los datos con otras poblaciones, sin embargo, se sugiere enfatizar en la importancia de comenzar a estudiar desde el punto de vista psicológico a los pacientes postrasplantados, debido a que se han encontrado numerosos pacientes que presentan complicaciones en su salud debido a un déficit en la adherencia terapéutica. Ha surgido la inquietud científica por encontrar la raíz de dicho problema, por lo que, dicha investigación busca explorar la percepción de riesgo de los pacientes postrasplantados con la finalidad de encontrar si el trabajo psicoeducativo debe ir enfocado a que el paciente obtenga la representación cognitiva de los eventos amenazantes que en este caso serían las conductas de riesgo para su salud.

La investigación descrita anteriormente fue presentada de forma oral en el XVIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Trasplantes y IX Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Trasplantes. 11 al 15 de octubre de 2005 en Cancún, México.

PSICOEDUCACIÓN PARA MOTIVAR AL PACIENTE EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL A ESTABLECER CONDUCTAS PROTECTORAS.

Protocolo de Investigación registrado en la coordinación de protocolos de investigación del Hospital Juárez de México bajo el folio: HJM-1114/05.07.04

INTRODUCCIÓN

En el servicio de Trasplante Renal de dicho hospital, existe un trabajo interdisciplinario gracias al cual los pacientes reciben una atención adecuada y llegan al trasplante de riñón en óptimas condiciones para asegurar una evolución exitosa en cada paciente trasplantado, por lo tanto, tienen igual peso e importancia las áreas social, psicológica y médica.

El trabajo del psicólogo de trasplantes es el de evaluar y preparar al paciente para que llegue en óptimas condiciones a dicha cirugía, por lo que se le aplica al paciente una batería de pruebas con la finalidad de evaluar de manera objetiva su estado de ánimo y así comenzar con el plan de tratamiento, sin embargo todos los pacientes sin excepción necesitan de información minuciosa acerca del procedimiento del trasplante y sobre todo de los cuidados que debe tener en el periodo postrasplante, por lo que se ha decidido construir material psicoeducativo y sesiones motivadoras para aplicar al paciente en protocolo de trasplante renal y así ayudar a que dicho paciente llegue sin dudas y motivado a dicho procedimiento quirúrgico.

MARCO TEÓRICO

El surgimiento de la psicología de la salud es relativamente reciente, la Asociación Psicológica Americana la introdujo en 1978, por lo tanto, es trabajo del psicólogo ampliar el conocimiento de dicha área a través de la investigación.

La salud mental ha sido reconocida como un elemento importante desde los primeros trasplantes realizados, en gran medida debido a los trastornos del afecto y la psicosis que se presentan a menudo en la etapa postoperatoria (Olbrisch y Benedict, 2002). Aunque se han encontrado trastornos en el afecto también en el periodo preoperatorio debidos a la incertidumbre que viven al introducirse en una situación totalmente desconocida para ellos.

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad que incluye un sin fin de aspectos psicológicos, existen tres estrategias de tratamiento: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón. Estos tratamientos proveen la disminución de los síntomas, mejora en la calidad de vida y la esperanza de vida (Welch, 1994, en Wainwright, Fallon y Gould, 1999). A diferencia de la diálisis y hemodiálisis, el trasplante brinda al paciente la posibilidad de incrementar su

independencia y por tanto le da mejor calidad de vida. Los pacientes que se encuentran en protocolo de transplante se enfrentan a diferentes retos: vivir con la expectativa de un rechazo del riñón, cambios en el estilo de vida y acoplarse a vivir con medicamentos para toda la vida.

Se sugiere un trabajo interdisciplinario diseñado para asegurarse de que los pacientes y sus familiares comprendan el proceso y asegurar un continuo cuidado del paciente, es decir la psicoeducación es importante no solamente para el paciente sino también para los familiares y solamente por medio de el trabajo conjunto entre médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras se podrá realizar un material de psicoeducación que brinde al paciente todas las herramientas para mejorar su autocuidado, las sesiones de psicoeducación motivarán al paciente al brindarle un locus de control interno en el cuidado de su salud.

La evaluación psicológica pretransplante sirve para identificar factores de riesgo que aumentarían el riesgo de baja adherencia postoperatoria y problemas en el afecto y en el juicio que pueden afectar después de la cirugía, sin embargo, existen pocos psicólogos que utilizan instrumentos objetivos de evaluación, la mayoría se guían por entrevistas (Olbrisch y Benedict, 2002) por lo tanto dentro del material didáctico que se elaborará también se creará un instrumento que mida los conocimientos del paciente acerca del transplante renal. Dicho instrumento no solo evaluará los conocimientos del paciente sino la motivación y el locus de control interno hacia las conductas de autocuidado.

Fallon (1995) en Wainwright, Fallon y Gould (1999) realizó un estudio en Inglaterra (n=30) de pacientes con trasplantes de riñón demostrando la importancia de los cuidados psicológicos en dicho servicio. Demostró la eficacia que la psicoeducación tiene en pacientes transplantados, enfatizando que esta aumenta el autocuidado y la calidad de vida en dichos pacientes.

Sin embargo, existe poca investigación psicológica dentro del tema del transplante renal, el presente trabajo propone brindar al paciente psicoeducación por medio de material didáctico sobre el tema creado desde el punto de vista de la educación para la salud.

La educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en las que se debe sustentar el cambio en los sistemas sanitarios, incluso la OMS considera el crecimiento de este campo como algo vital tanto en la parte teórica como en la práctica, sin embargo en la práctica sucede lo contrario debido a que resulta difícil obtener un proyecto eficaz a corto plazo.

La educación para la salud representa un conjunto de prácticas que se transmiten a la población a través de estrategias de enseñanza-aprendizaje para que las personas, por ellas mismas, puedan, voluntaria y conscientemente, modificar comportamientos individuales y/o sociales, y adoptar aquellos que favorecen la salud (Caballo, 1996). "Se ha constatado que los métodos tradicionales

de intervención educativa fracasan pues la sola información tiene poca influencia en los cambios de actitud” (Ortigosa, Quiles y Mendez, 2003). La educación para la salud debe alentar al paciente a obtener un protagonismo efectivo en su propia salud y debido a esto, el material que se realizará no será únicamente de carácter informativo, también brindará al paciente motivación para influir en el cambio de actitud, con base en estrategias de la entrevista motivacional.

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales. Resulta particularmente efectiva con las personas que se muestran ambivalentes ante el cambio. La responsabilidad para el cambio se deja a manos del individuo, las estrategias son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. Su objetivo es el de aumentar la motivación intrínseca del paciente, se busca que el paciente presente las razones para cambiar. Los principios generales que apunta Miller (1983) para la entrevista motivacional son:

- Expresar una empatía.
- Crear una discrepancia.
- Evitar la discusión.
- Darle un giro a la resistencia.
- Fomentar la autoeficacia.

Los puntos mencionados anteriormente son utilizados en las sesiones del presente trabajo con la finalidad de fomentar en el paciente en protocolo de trasplante renal, el deseo de presentar conductas de autocuidado.

Debido a que la entrevista motivacional no es directiva es necesario que el paciente tenga la información necesaria para que por sí solo encuentre su ambivalencia y logre comprometerse al cambio, por esta razón las primeras sesiones de este protocolo constan de material psicoeducativo para después comenzar con la entrevista motivacional y lograr que al final el paciente se sienta comprometido a cambiar.

La entrevista motivacional resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar e intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio. Se busca que el paciente presente las razones para cambiar, el objetivo principal de dicha entrevista consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente. “La entrevista motivacional actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo y un sentido claro de temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momentos determinados” (Miller y Rollnick, 1999).

Una buena educación para la salud debe pretender que las personas desarrollen hábitos y conductas sanas, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental (Ortigosa, Quiles y Mendez, 2003).

Actualmente, la educación de pacientes fue incluida en la educación para la salud al comprobar la importancia de la conducta del hombre no solo en la promoción, sino también la restauración de la salud.

Los diferentes estudios en el campo de la salud han puesto de manifiesto que ciertos factores como la contaminación, algunas condiciones sociales dañinas, fumar cigarrillos, la ingesta de alcohol, la ausencia de práctica regular de ejercicio físico, entre otros, entrañan un grave riesgo, y se hallan presentes en la mayoría de las enfermedades crónicas (Caballo, 1996). El control de estos factores es posible creando cambios en el estilo de vida de las personas y estos cambios se darán únicamente si la persona sabe que es dañino para su salud. Por lo tanto, el material proveerá de información sobre conductas protectoras postrasplante: tomar medicamentos, cantidad adecuada de líquidos, comida baja en sales, consultas médicas, higiene, etc.

El objetivo más importante del psicólogo dentro de la educación para la salud debe ser el de educar a los individuos en comportamientos positivos preventivos de enfermedades o complicaciones y favorecedores de la salud, tanto física como mental junto a la modificación de los contextos perjudiciales y creadores de conflictos (Ortigosa, Quiles y Mendez, 2003).

La OMS (1983) define la educación para la salud como el “conjunto de actividades de información y educación que estimulan a las personas a querer disfrutar de buena salud, saber cómo alcanzar dicho objetivo, hacer todo lo posible, individual y colectivamente para conservar la salud y recurrir a una ayuda en caso necesario.

Costa y López (1996) en Caballo (1996) definen la educación para la salud como “El proceso planificado sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.”

El proceso de evaluación en la educación para la salud permite obtener información de aquellos aspectos sobre los que se desea investigar, puede aportar una medida de cómo se han conseguido o no las expectativas de un programa determinado.

Cada vez existe un mayor interés, para que la evaluación sea lo más fidedigna posible, por conferir a los estudios sobre evaluación de la salud una mayor calidad, siendo posible de este modo

efectuar afirmaciones y conclusiones más precisas a la hora de desarrollar programas de instrucción de la salud (Green y Lewis, 1986 en Caballo, 1996).

Educar para la salud tiene como objetivos prevenir la enfermedad, capacitar y promover la salud y educar y motivar al paciente a tener un comportamiento saludable, es decir, un programa de psicoeducación debe incluir elementos motivacionales que le brinden al paciente control sobre su propia salud.

La educación para la salud pretende modificar los estilos de vida que son constelaciones de comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos, impregnados del ambiente del entorno en el que viven los sujetos (Costa y López, 1996 en Olbrisch y Benedict, 2002). La salud debe ser un recurso para la vida y los sistemas sanitarios deben encargarse de promover la salud a la población en general con la finalidad de modificar las condiciones y los estilos de vida.

Olbrisch y Benedict (2002) mencionan diferentes factores psicológicos que determinan la salud de un individuo:

- El **conocimiento** y **creencias** que los individuos tienen acerca de la salud y sobre lo que pueden hacer en beneficio de la misma.
- El valor de la salud o valor que las personas conceden a la salud en sí misma y su **motivación** para mantenerla.
- Las **actitudes** e intenciones que se tienen con respecto a diversos comportamientos positivos o negativos para la salud.
- **Locus de control** de la salud (la salud depende de la responsabilidad o del azar).
- **Autoestima** y **autoconcepto**, pues pueden favorecer o perjudicar la ocurrencia de conductas positivas de salud.
- Los rasgos **depresivos** y **estrés** que inciden sobre el propio estado de salud.

Toner (1981) en Olbrisch y Benedict (2002), propone los siguientes cuatro enfoques o modelos básicos de educación para la salud:

- *Enfoque educativo*, en el que la actividad docente se dirige a facilitar los elementos para una toma de decisión informada al margen de los resultados que se obtengan en términos de salud. El psicólogo brindará al paciente la información pertinente sobre lo que es la IRCT y cuales son las condiciones físicas de un paciente trasplantado.
- *Enfoque preventivo*, centrado en la modificación de los factores comportamentales que están en el origen de la enfermedad o en las complicaciones de la misma. El

psicólogo motivará al paciente para que modifique las conductas que lo ponen en riesgo a presentar complicaciones.

- *Enfoque radical*, orientado a la transformación a través de la participación y toma de conciencia comunitaria, de los factores sociales, económicos y culturales que inciden en la salud de la población.
- *Enfoque de desarrollo personal*, basado en el entrenamiento de habilidades personales para poder hacer frente a los factores negativos del medio. Aunque el material será general, se adecuará dentro de las sesiones a las condiciones específicas cada paciente (escolaridad, locus de control, motivación, adherencia, etc.)

MÉTODO

El presente trabajo tuvo como finalidad brindar herramientas al paciente en protocolo de transplante renal para el autocuidado exitoso y así evitar el rechazo del riñón transplantado y por tanto la reinscripción a la hospitalización.

Se ha encontrado que los pacientes transplantados presentan rechazos de riñón debido a la pobre relación existente entre el personal médico y los pacientes (Rodin y Abbey, 1992 en Wainwright, Fallon y Gould, 1999), esto se traduce en una deficiente información sobre los cuidados que el paciente debe tener antes, durante y después del transplante y dicha falta de información dificulta el autocuidado adecuado en los pacientes, a este respecto surgió la siguiente **pregunta de investigación**:

- ¿Las sesiones de psicoeducación para pacientes en protocolo de trasplantes brindarán información clara al paciente acerca de los procesos y autocuidados que deben llevar para evitar complicaciones?
- ¿Las sesiones de psicoeducación para pacientes en protocolo de trasplantes motivarán al paciente a establecer conductas autoprotectoras posteriores al trasplante?

El **objetivo** principal de la presente investigación fue el de brindar información al paciente en protocolo de transplante sobre los procesos y autocuidados que debe llevar para evitar complicaciones, además de motivarlo a establecer conductas de autocuidado; como segundo **objetivo** se elaboró una escala que evalúa los conocimientos y motivación del paciente sobre los procesos y autocuidados de pacientes en protocolo de trasplantes con la finalidad de contrastar las puntuaciones que los pacientes obtuvieran antes y después de brindarles dicho material y así cumplir con un tercer **objetivo** del estudio que fue evaluar la efectividad de las sesiones de psicoeducación en material didáctico para pacientes en protocolo de transplante renal.

La **primera variable** de trabajo fue la **psicoeducación** que se brindó al paciente, la cual se define conceptualmente como material didáctico sobre procesos y autocuidados en pacientes en protocolo de trasplante renal. La **segunda variable** fue la motivación a establecer conductas de autocuidado que se define operacionalmente mediante la puntuación de la Escala sobre conocimientos y motivación de cuidados postrasplante.

La **tercera variable** de trabajo fue la información de los pacientes en protocolo de trasplante renal sobre procesos y autocuidados que deben llevar para evitar complicaciones, la cual se define operacionalmente como la puntuación obtenida en la Escala sobre conocimientos y motivación de cuidados postrasplante.

La **población** de la cual se sacó la muestra para pilotear las sesiones de psicoeducación en material didáctico y motivación fue de los pacientes del servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México, el **muestreo** fue no probabilístico, accidental.

El **tipo de estudio** que se realizó en el presente trabajo fue descriptivo debido a que se explicaron detalladamente los resultados de la psicoeducación en material didáctico y longitudinal debido a que se evaluó a los pacientes más de una vez, es decir en las pre y post pruebas.

Se trató de un **diseño de “medida pre y post”** ya que la información de los sujetos fue medida antes y después de brindarles las sesiones de psicoeducación y motivación. Fue cuasiexperimental debido a que no hubo oportunidad de tener un grupo control debido a la cantidad de pacientes.

Los **materiales** que se utilizaron fueron:

- Manual sobre procesos y autocuidados en pacientes en protocolo de trasplante (Se obtuvo el apoyo de la Asociación Humanitaria para Padecimientos Renales para la impresión de 100 manuales). ANEXO 4
- Cartel con Diagrama de Flujo sobre trasplante. ANEXO 5
- Escala sobre conocimientos y motivación de cuidados postrasplante. La cual se construyó debido a que no existen escalas que midan dichos constructos específicamente en población de pacientes trasplantados. ANEXO 6

El **procedimiento** que se llevó a cabo para realizar la presente investigación constó de varios pasos para obtener los resultados óptimos.

1. Diseñar el material de psicoeducación de manera interdisciplinaria, el psicólogo se asesoró de la literatura y de los diferentes miembros del servicio de trasplante renal para recabar la información necesaria.

2. Crear la Escala sobre conocimientos y motivación de cuidados postrasplante..
3. Aplicar la escala a los pacientes que así lo aceptaron voluntariamente al firmar la carta de consentimiento informado.
4. Brindar a dichos pacientes el tratamiento de psicoeducación y motivación.
5. Aplicar por segunda vez la escala a los pacientes, para realizar las comparaciones.

El tratamiento constó de seis sesiones, se citó a los pacientes una vez por semana en Consulta Externa y en caso de que fueran hospitalizados para interconsultas se aprovecharon los días que estuvieron hospitalizados (cuatro días aprox.). El número de sesiones se debe a que existe un tiempo relativamente limitado para evaluar a los pacientes en Protocolo de Trasplante Renal debido a que se recomienda realizar el trasplante lo más pronto posible para evitar deterioros físicos en el paciente.

Los criterios de inclusión se mencionan a continuación:

- Pacientes que se encontraban en proceso de evaluación para Protocolo de Trasplante de donador vivo relacionado (PTDVR).
- Pacientes que se encontraban en proceso de evaluación para Protocolo de trasplante de donador cadavérico (PTDC).

SESIONES IMPARTIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

SESIÓN I

Evaluación inicial.

Objetivo: Evaluar las herramientas con las que cuenta el paciente, comenzar a formar alianza terapéutica.

Material: Entrevista Estructurada para Pacientes en Protocolo de Trasplante y Escala de Conocimientos y Motivación hacia conductas de Autocuidado posteriores al trasplante.

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

Técnica: Entrevista Motivacional.

1. Rapport.
2. Realizar un comentario estructurante con la finalidad de dar a conocer al paciente lo que se trabajará (número de sesiones, objetivos, aspectos a tratar, etc.).
3. Aplicación de la Entrevista Estructurada para Pacientes en Protocolo de Trasplante.
4. Aplicación de la Escala de Conocimientos y Motivación hacia Conductas de Autocuidado posteriores al Trasplante.

SESIÓN II

Información.

Objetivo: Brindar al paciente información sobre la enfermedad, tratamientos y autocuidados.

Material: Folleto informativo Que explique de manera escrita y gráfica la IRCT, el trasplante, cuidados postoperatorios, porcentajes de riesgo y éxito, etc. Hojas blancas y lápices.

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

1. Revisar junto con el paciente el folleto informativo
2. Se solicitará al paciente que haga un dibujo sobre el trasplante y que escriba la razón por la que quiere trasplantarse.

Tarea en casa: Se solicita al paciente que anote en una hoja las dudas que durante la semana le surjan tanto a él como a sus familiares sobre el proceso de trasplante. El paciente se lleva a casa el folleto y lo comenta con por lo menos uno de sus familiares más cercanos.

SESIÓN III

Motivación para el Cambio.

Objetivo: Construir la motivación para el cambio.

Material: No aplica

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

Técnica: Entrevista Motivacional.

1. Revisar la Tarea en casa (dudas sobre el proceso de trasplante). En caso de haber dudas se resuelven, si se requiere la ayuda de un médico para resolverlas se le solicita.
2. Encontrar ambivalencias en el paciente (Ej. Tengo que cuidarme pero se me olvida, tengo que comer sano pero no me gusta, etc).
3. Se tratan las ambivalencias por medio de las siguientes técnicas:
 - Preguntas Abiertas. (Diálogo Socrático).
 - Escucha Reflexiva.
 - Afirmar. (Comentarios positivos).
 - Resumir.
 - Provocar afirmaciones automotivadoras.

Tarea en casa: Elaborar tarjetas con las afirmaciones automotivadoras que surgieron durante la sesión, dichas tarjetas se utilizarán en el periodo postoperatorio como reforzadores.

SESIÓN IV

Propiciar el Autocuidado.

Objetivo: Que el paciente conozca los autocuidados que debe llevar para evitar complicaciones posteriores al trasplante. Motivar al paciente brindándole control sobre su objetivo (evitar complicaciones).

Material: Diagrama de Flujo Sobre Trasplante (Se muestra un diagrama de flujo en el que se encuentran los procesos por los que puede pasar un paciente trasplantado dando énfasis en las conductas que debe tener con la finalidad de evitar complicaciones). Hojas y lápices.

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

1. Revisar las tarjetas automotivadoras del paciente reforzando la conducta, en caso de que el paciente no haya cumplido se realizan las tarjetas durante la sesión explorando la razón del incumplimiento.
2. Revisar junto con el paciente el Diagrama de Flujo, se le solicita al paciente hacer anotaciones sobre lo más relevante.
3. Se le solicita al paciente hacer una lista de las conductas de autocuidado que se le dificultarán durante el periodo postoperatorio.

SESIÓN V

Compromiso para el Cambio.

Objetivo: Fortalecer en el paciente el compromiso para el cambio.

Material: No aplica

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

Técnica: Entrevista Motivacional.

1. Establecer un plan para el cambio:
 - Establecer Objetivos.
 - Considerar Opciones.
 - Llegar a un plan.
 - Hacer público el compromiso (Con un familiar o amigo cercano).

SESIÓN VI

Evaluación final.

Objetivo: Evaluar las herramientas (motivación y conocimientos) con las que cuenta el paciente al finalizar las sesiones.

Material: Escala de Conocimientos y Motivación hacia conductas de Autocuidado posteriores al trasplante.

Escenario: Sala de usos múltiples del Servicio de Trasplante Renal.

1. Aplicación de la Escala de Conocimientos y Motivación hacia Conductas de Autocuidado posteriores al Trasplante.

RESULTADOS

El material psicoeducativo y las sesiones presentadas en este trabajo han sido aplicadas a 5 pacientes por lo que se ha realizado el estudio en la modalidad de estudio de casos.

Debido a la cantidad de pacientes que fueron captados para el protocolo ha sido imposible realizar un análisis estadístico de los resultados, sin embargo se realizó la comparación cuantitativa y cualitativa de los pacientes con los resultados que obtuvieron en la Escala de Conocimientos y Motivación de cuidados postrasplante antes y después de la intervención con la finalidad de evaluar la eficacia del programa de psicoeducación para motivar al paciente en protocolo de trasplante renal a establecer conductas protectoras.

A continuación se presentan los resultados que los pacientes obtuvieron en la Escala de Conocimientos y Motivación de Cuidados Postrasplante antes y después de las sesiones psicoeducativas.

Paciente 1

Sexo: Masculino

Edad: 29 años

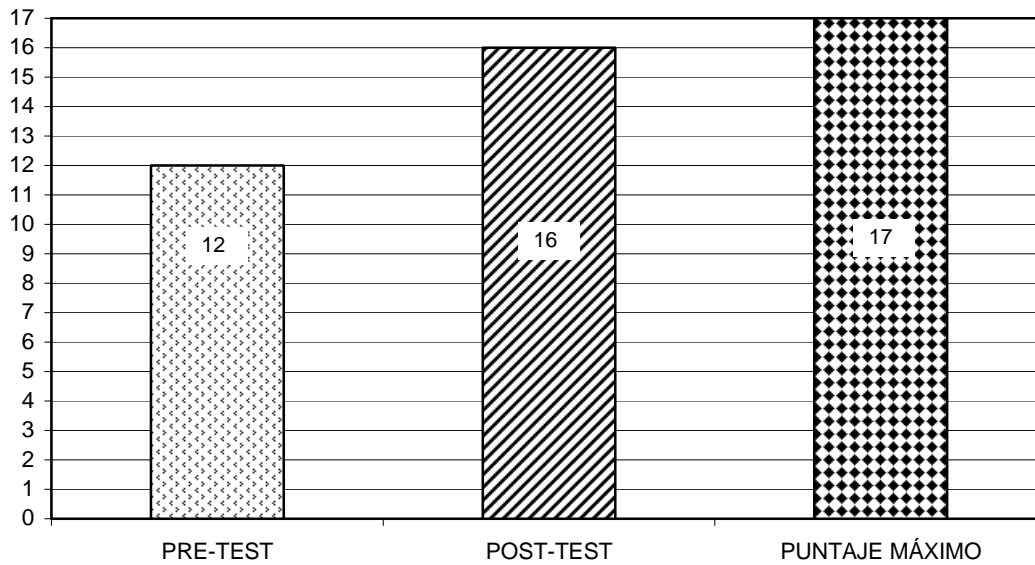
Escolaridad: Secundaria

Estado Civil: Casado

El paciente ingresa a Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado debido a que su hermana le ha ofrecido donarle un riñón.

El paciente tiene un primo que ha sido trasplantado por lo que reporta en la primera sesión estar familiarizado con el tema

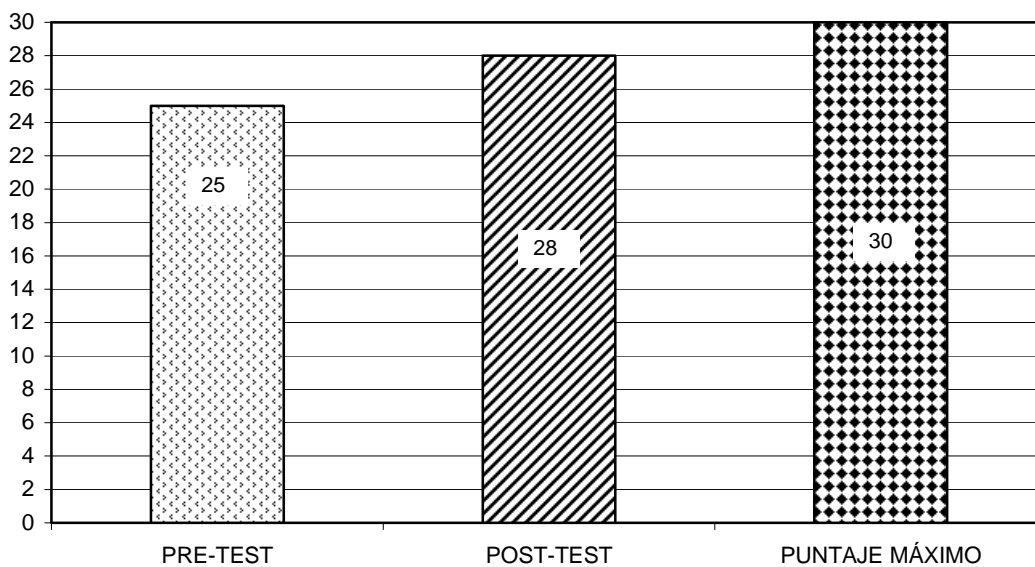
CONOCIMIENTOS SOBRE TRASPLANTE



Gráfica 1. Conocimientos sobre trasplante del paciente 1.

Se aplicó la prueba no paramétrica Mc Nemar y Signos a los resultados de las pruebas aplicadas al paciente ántes y después del tratamiento psicológico obteniendo $p = 0.125$ indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos del paciente ántes y después de la aplicación.

MOTIVACIÓN AL TRASPLANTE



Gráfica 2. Motivación al trasplante del paciente 1.

Paciente 2

Sexo: Femenino

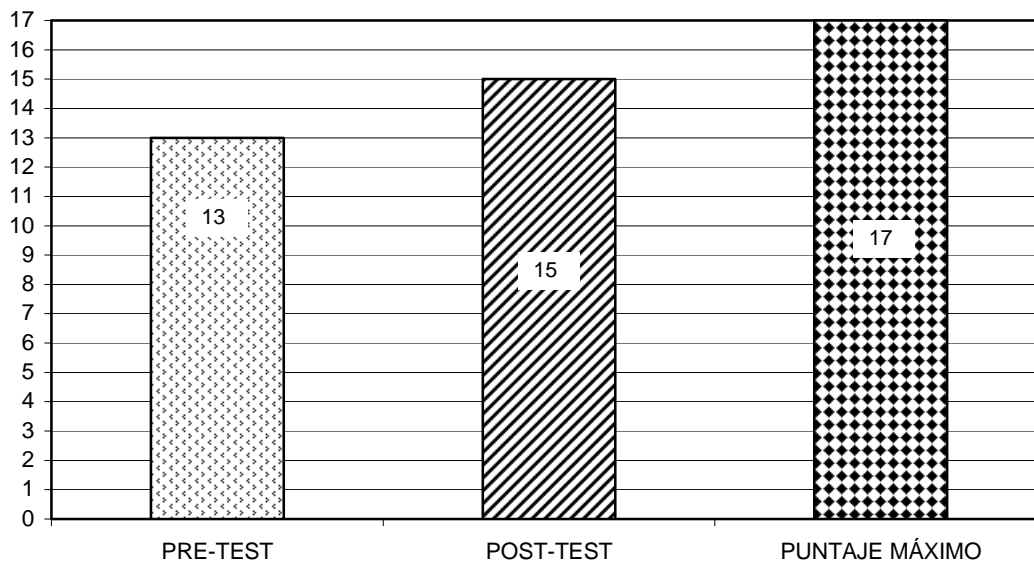
Edad: 37 años

Escolaridad: Secundaria

Estado Civil: Casada

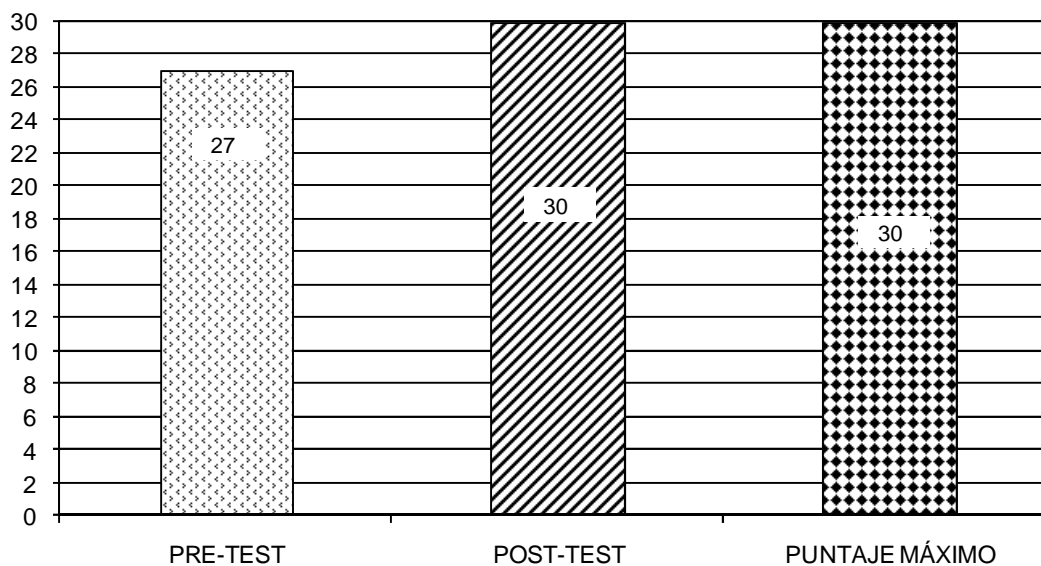
La paciente ingresa a Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado debido a que su esposo le ofrece donarle un riñón.

CONOCIMIENTOS SOBRE TRASPLANTE



Gráfica 3. Conocimientos sobre trasplante del paciente 2.

MOTIVACIÓN AL TRASPLANTE



Gráfica 4. Conocimientos sobre trasplante del paciente 2.

Paciente 3

Sexo: Femenino

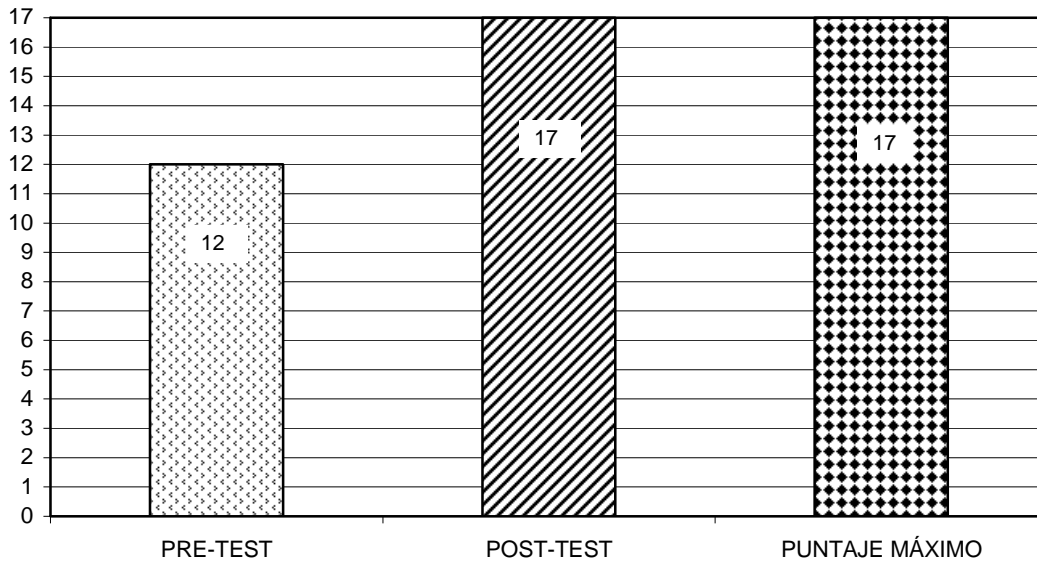
Edad: 30

Escolaridad: Primaria

Estado Civil: Casada

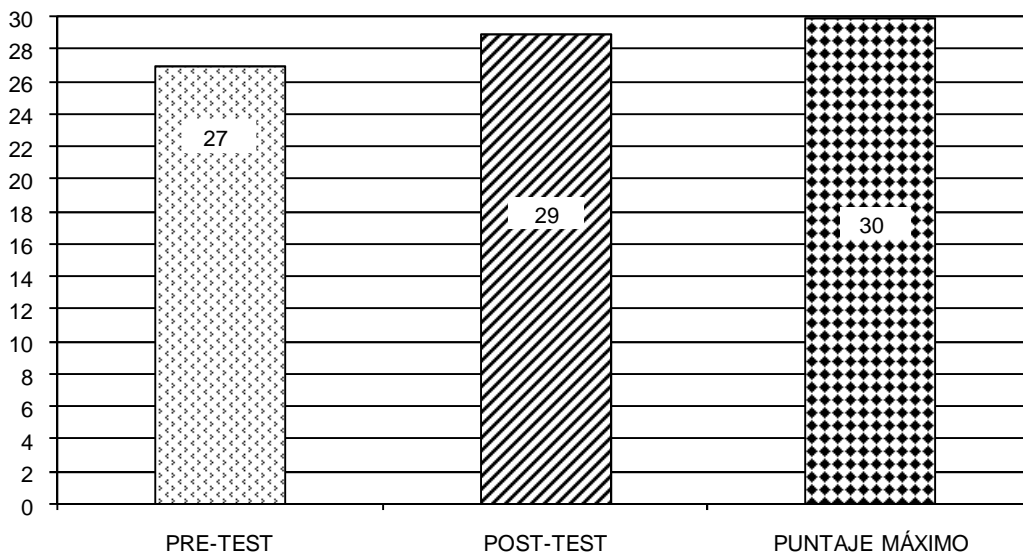
La paciente ingresa a Protocolo de Trasplante de Donador Vivo Relacionado debido a que su esposo se ha ofrecido a donarle un riñón.

CONOCIMIENTOS SOBRE TRASPLANTE



Gráfica 5. Conocimientos sobre trasplante del paciente 3.

MOTIVACIÓN AL TRASPLANTE



Gráfica 6. Conocimientos sobre trasplante del paciente 3.

Paciente 4

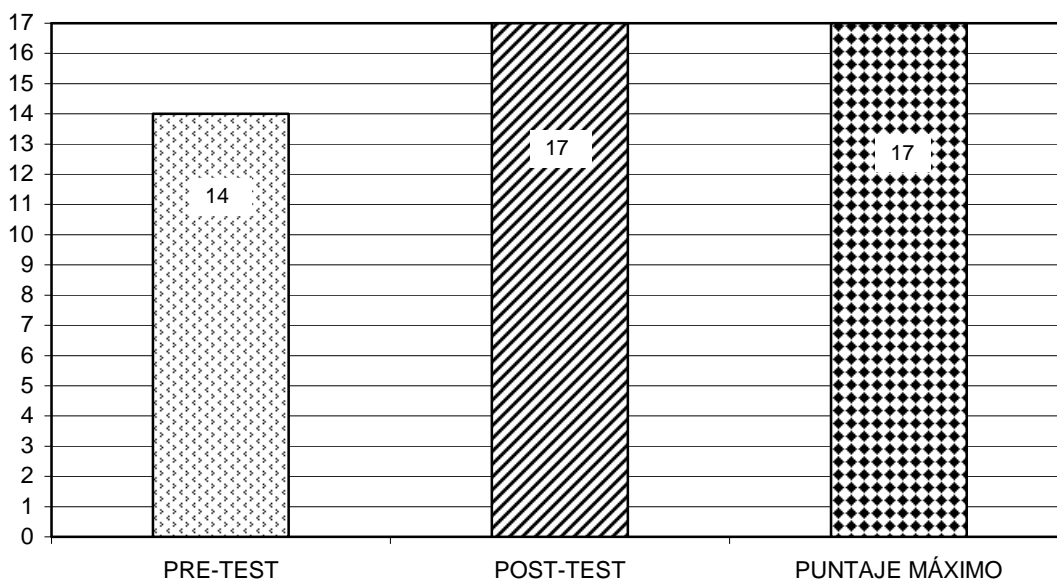
Sexo: Masculino

Edad: 34 años

Estado Civil: Casado

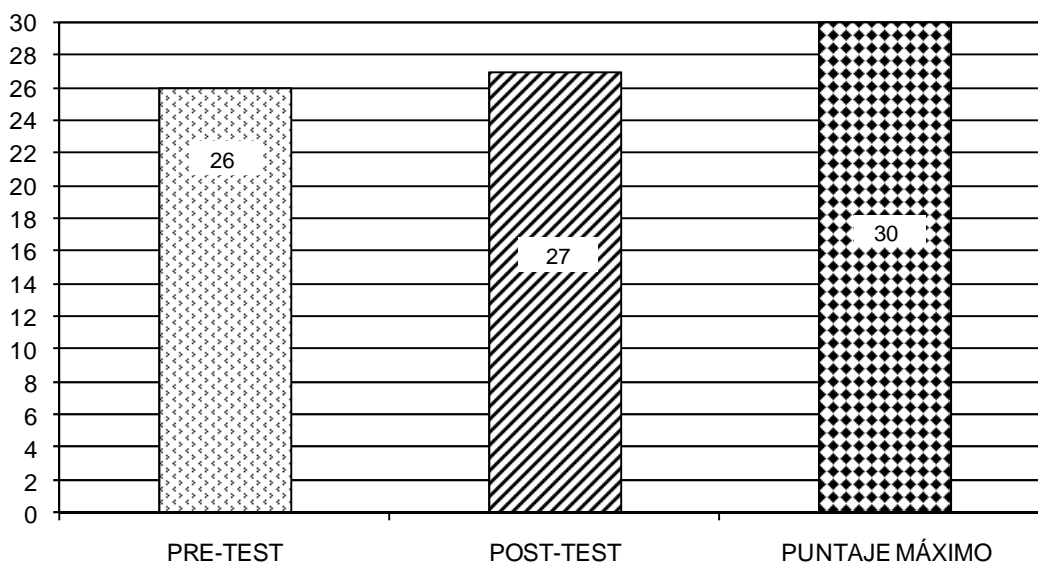
El paciente ingresa a Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico para inscribirse a la lista de espera.

CONOCIMIENTOS SOBRE TRASPLANTE



Gráfica 7. Conocimientos sobre trasplante del paciente 4.

MOTIVACIÓN AL TRASPLANTE



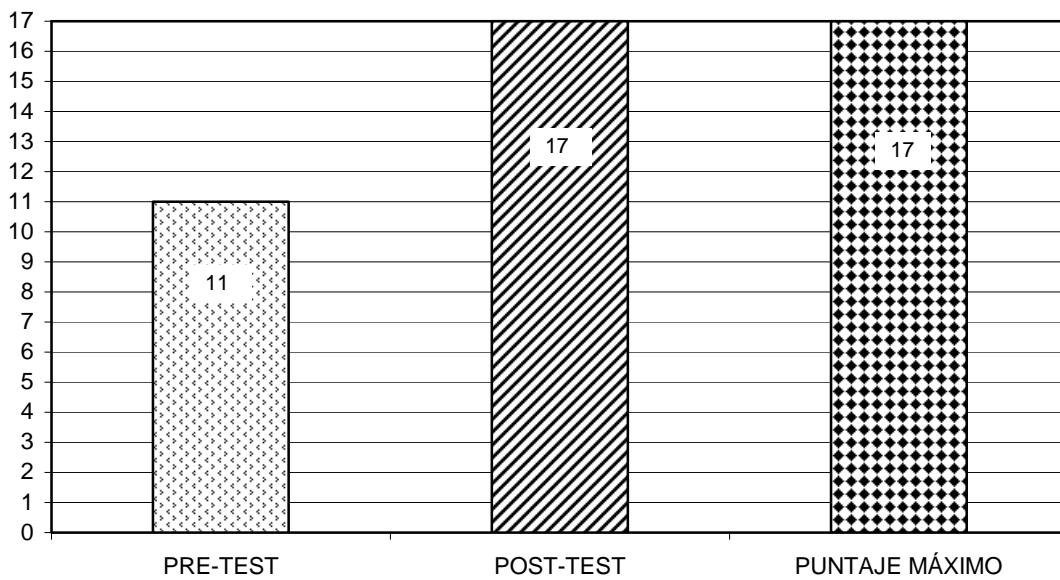
Gráfica 8. Conocimientos sobre trasplante del paciente 4.

Paciente 5

Sexo: Femenino Edad: 25 años
Estado Civil: Soltera

La paciente ingresa a Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado debido a que un tío se ha ofrecido a donarle un riñón.

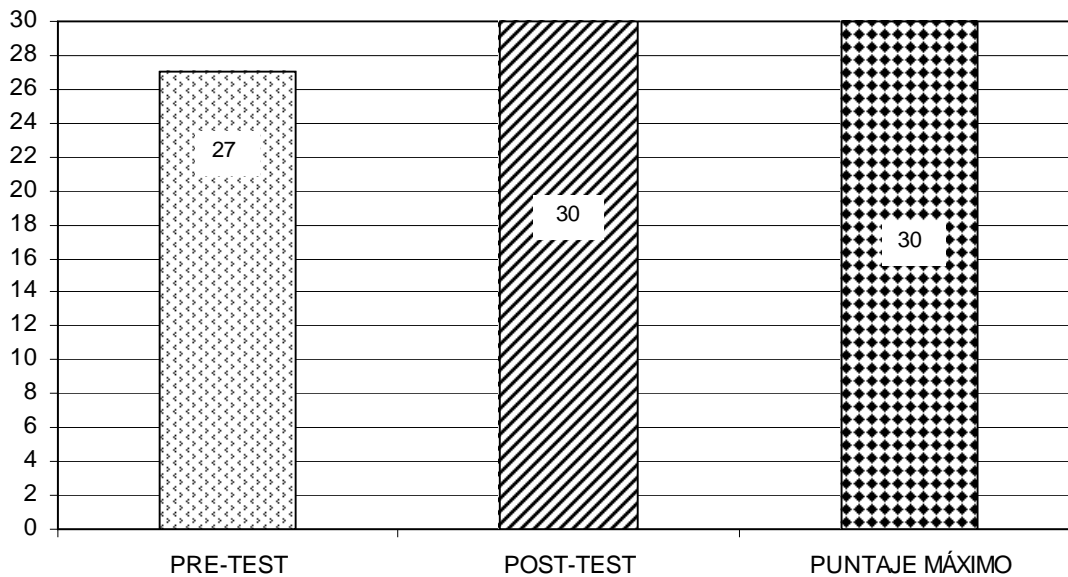
CONOCIMIENTOS SOBRE TRASPLANTE



Gráfica 9. Conocimientos sobre trasplante del paciente 5.

Se aplicó la prueba no paramétrica Mc Nemar y Signos a los resultados de las pruebas aplicadas al paciente antes y después del tratamiento psicológico obteniendo $p = 0.31$ indicando que si hay diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos del paciente antes y después de la aplicación.

MOTIVACIÓN AL TRASPLANTE



Gráfica 10. Conocimientos sobre trasplante del paciente 4.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se trabajó el protocolo completo de psicoeducación con cinco pacientes debido a que se comenzaron a captar pacientes una vez que el material psicoeducativo fue concluido, por lo que se recomienda continuar el piloteo del presente proyecto debido a que éste puede ser un trabajo preliminar con el que se puede conformar una intervención más objetiva en el campo de la psicología de trasplante.

Es necesario realizar estudios preliminares en este campo debido a que existe poco trabajo psicológico en el área de los trasplantes.

Se recomienda pilotear la Escala de Conocimientos y Motivación de Cuidados Postrasplante con la finalidad de validarla y confiabilizarla y con ello mejorar la batería de pruebas utilizadas en psicología de trasplantes.

En los cinco pacientes que formaron parte del estudio se encontró mejoría cuantitativa tanto en la subescala de conocimientos como en la de motivación, así mismo de manera cualitativa los pacientes reportaron agrado ante las sesiones y el material psicoeducativo por lo que se puede concluir que dicho material puede ser de gran ayuda para lograr brindar información certera a los pacientes en Protocolo de Trasplantes.

Es importante mencionar que la aplicación de la Escala de conocimientos y motivación de cuidados postrasplante resultó motivadora en sí misma para los pacientes, debido a que cuando respondieron a la preevaluación comenzaron a realizar preguntas acerca del procedimiento del trasplante y sobre estrategias que les pudieran ayudar a cumplir con las indicaciones médicas que deberán llevar en el periodo postrasplante, por lo que se puede concluir que a medida que se le va instruyendo en el tema al paciente, más se motiva este a continuar conociendo sobre el tema y esto le ayudará a mantener una adherencia terapéutica adecuada que le brindará mayor control en su salud y por lo tanto una mayor vida del injerto trasplantado.

Se puede observar en los resultados de todos los pacientes una mejora en cuanto a los conocimientos y motivación al trasplante debido a las sesiones de psicoeducación y entrevista motivacional, lo cual alienta a la psicología a seguir interviniendo con pacientes trasplantados.

El paciente en protocolo de trasplante se encuentra propenso a presentar alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, problemas de adherencia, etc. en gran parte debido a que son enfermos crónico-degenerativos, y el trasplante les da una esperanza para mejorar su calidad de vida, sin embargo la sociedad mexicana conoce muy poco acerca del tema de trasplantes por lo que los pacientes llegan al Servicio de Trasplante Renal sin información alguna, y debido a esto los pacientes y sus familiares comienzan el protocolo ansiosos por lo que las primeras intervenciones con los pacientes deben ser psicoeducativas para así informarlos, disminuir la ansiedad y fomentar una futura adherencia terapéutica.

Es de suma importancia tomar en cuenta que la entrevista motivacional cuenta con técnicas que se convierten de gran ayuda para lograr una alianza terapéutica adecuada con el paciente y que la alianza terapéutica es básica en el tratamiento psicoeducativo y sobretodo motivacional en el paciente a trasplantar debido a que como ya se mencionó los pacientes llegan al servicio de trasplantes desconociendo prácticamente todo lo que significa un trasplante y este hecho generalmente les da una actitud de desconfianza hacia el equipo médico, incluyendo los psicólogos.

Para futuras investigaciones se sugiere modificar o completar las sesiones y el material psicoeducativo por medio de piloteo con pacientes en protocolo de trasplantes con la finalidad de concluir de manera objetiva los beneficios que estos brindan a los pacientes. Así mismo se sugiere llevar un seguimiento de los pacientes estudiados para hallar los beneficios que la psicoeducación y motivación pueden crear en la futura adherencia terapéutica del paciente trasplantado.

Así mismo, se sugiere para investigaciones posteriores estudiar si es necesario crear dos programas distintos para cada tipo de protocolo, uno para los pacientes en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado y otro para los pacientes en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico.

Se pudo observar que los cinco pacientes que formaron parte del estudio puntuaron alto en la motivación al trasplante desde el pretest, lo cual nos puede indicar que los pacientes se encuentran motivados al trasplante debido a la esperanza que este implica en su calidad de vida, sin embargo es de suma importancia tomar en cuenta en futuras intervenciones el hecho de incluir en las sesiones técnicas para mantener la motivación en los pacientes ya trasplantados y así asegurar que el paciente mantenga conductas autoprotectoras con la finalidad de que permanezca con una mejor calidad de vida por medio del riñón trasplantado.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Al finalizar el primer año de residencia se obtuvieron un sin fin de habilidades y conocimientos con los que el psicólogo puede desenvolverse en un ambiente hospitalario y brindar tratamiento de calidad a los pacientes que así lo requieran; las competencias alcanzadas fueron:

CONOCIMIENTOS EN MEDICINA CONDUCTUAL:

- Actualización sobre la psicología en pacientes trasplantados.
- Conocimientos médicos relativos a la enfermedad renal.
- Conocimientos médicos relativos al trasplante renal.
- Práctica continua de técnicas Cognitivo-Conductuales.
- Elaboración de notas clínicas en expedientes médicos.
- Familiarización con la bibliografía pertinente para el conocimiento de intervenciones psicológicas y médicas relativas al trasplante renal.

HABILIDADES APRENDIDAS:

- Capacidad de realizar investigaciones aprobadas por el Comité de Enseñanza.
- Presentaciones orales en congresos nacionales e internacionales.
- Habilidades clínicas con los pacientes (crear alianza terapéutica).
- Creación y adecuación de intervenciones psicológicas para cada paciente.
- Capacidad de adaptación al ambiente hospitalario.
- Apego a las normas hospitalarias.
- Trabajo interdisciplinario en conjunto con médicos, trabajo social y enfermería.
- Ética en el ejercicio de la práctica profesional.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Un año de práctica profesional dentro del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México enriqueció de manera muy importante la formación dentro de la maestría, debido a que dentro de dicho servicio se le da un peso importante al trabajo psicológico y por lo tanto las reglas y exigencia son las mismas para todos el equipo de salud que forma parte del servicio.

El equipo de salud se encontraba constantemente en comunicación con respecto a los pacientes lo cual ayudó a formar un equipo unido por medio de respeto y apoyo entre los miembros del servicio de trasplantes.

El apoyo brindado por el jefe de servicio, impulsó al equipo de trasplantes a interesarse por el trabajo del psicólogo en los pacientes trasplantados, lo cual, me llevó al compromiso de generar respeto hacia el área psicológica y dejar en alto el nombre de la Maestría en Medicina Conductual.

Cubrir todas las necesidades del servicio por una psicóloga resultó un tanto difícil debido a las diferentes actividades que se tienen que realizar, y aunque se logró cubrir las expectativas que el jefe de servicio tenía, se sugiere en posteriores rotaciones la presencia de al menos dos residentes dentro de dicho servicio.

Aunque el apoyo del supervisor *in situ* fue intachable, se sugiere introducir un asesor que maneje la teoría Cognitivo-Conductual, debido a que la mayoría de las supervisiones y casos clínicos se trataban desde un punto de vista psicoanalítico.

La realización de una bitácora sobre todos los trabajos realizados durante los años pasados de residencia, sería de gran interés para los residentes que ingresan por primera vez al servicio ya que tendrían conocimiento de los trabajos realizados anteriormente y se podría dar continuidad a las investigaciones. Además, serviría a los nuevos residentes a comenzar el protocolo de investigación de una manera temprana y así se podrían recabar datos de una cantidad mayor de pacientes.

Para la evaluación de pacientes en protocolo de trasplante renal, se sugiere utilizar el HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale, el cual fue diseñado como un instrumento de detección de trastornos ansiosos y depresivos que pudiera ser utilizado en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Debido a que no está contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente, ya que ninguno de los reactivos hace referencia a síntomas somáticos, los resultados de depresión y ansiedad pudieran ser más certeros debido a la sintomatología física que presentan los pacientes con enfermedad renal.

Se sugiere realizar protocolos de investigación y tratamiento dirigido a familiares de los pacientes en protocolo de trasplante y pacientes ya trasplantados, puesto que, hasta el momento no existe una intervención estandarizada para dicha población.

El Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México es una excelente sede para realizar un año de residencia en Medicina Conductual, ya que ofrece el apoyo y la estructura necesaria para que el residente obtenga la mayor cantidad de habilidades y conocimientos que lo enriquezcan para su formación profesional.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

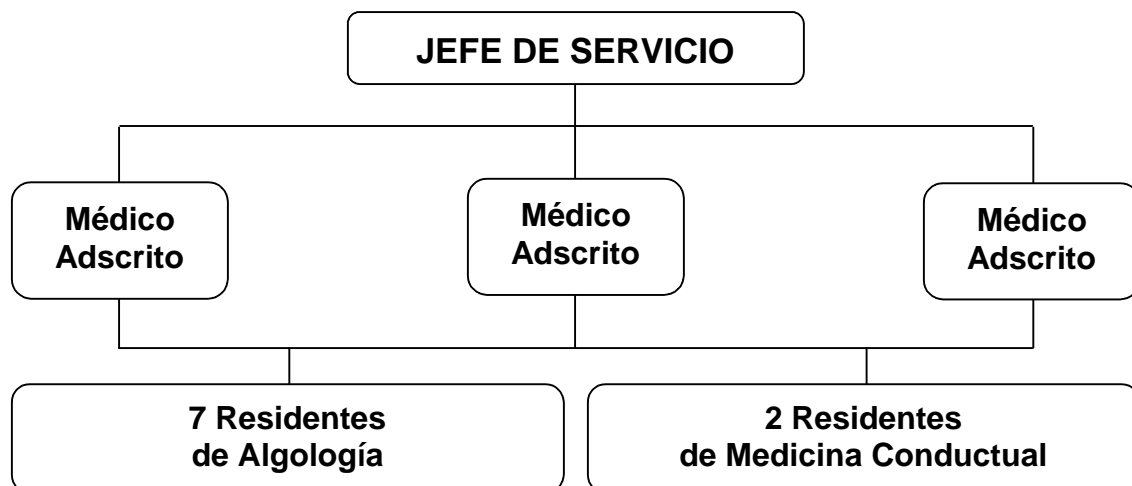
Vasco de Quiroga #15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, 14000 México, D.F.

El INCMNSZ es considerado como una de las instituciones médicas de mayor prestigio en el mundo. Tiene una atención de tercer nivel y cuenta con 167 camas para hospitalización y un edificio de consulta externa con 54 consultorios en donde se atienden 135,000 pacientes al año, además cuenta con una Unidad de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, 7 quirófanos, 5 edificios de subespecialidades médicas, un área con 7 consultorios para psicología y tanatología, laboratorio, biblioteca, auditorio y el edificio de enseñanza compuesto por 7 aulas.

UNIDAD DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dicha unidad cuenta con varias áreas dentro del INCMNSZ, una es en la planta baja en donde se llevan a cabo consultas e intervencionismo médico y consultas psicológicas, otra en el primer piso en donde se realizan las revisiones de casos y juntas diarias y el área de consulta externa (consultorio 208), en donde se brinda atención médica y psicológica a los pacientes de la clínica del dolor. La clínica del dolor y cuidados paliativos brinda un servicio interconsultante, por lo que los pacientes que se atienden son canalizados por los médicos que forman parte del servicio de Medicina Interna del INCMNSZ.

Dicho servicio se conformó en el 2006 por los siguientes integrantes:



LÍNEAS DE AUTORIDAD

Además de la autoridad dentro de la Clínica del dolor y cuidados paliativos, se contó con apoyo y supervisión por parte de la supervisora *in situ* Mtra. Sofía Sánchez Román quien es psicóloga adscrita en el instituto. Así mismo se brindó supervisión académica por parte del Mtro. Fernando Vazquez Pineda.

EPIDEMIOLOGÍA

El dolor crónico es actualmente un problema de salud pública en el mundo debido a su alta prevalencia y al alto impacto que presenta tanto en la funcionalidad del individuo como en los sistemas de salud. La prevalencia internacional del dolor crónico no oncológico se ha estimado en un rango del 8 al 80% de la población mundial (Covarrubias y Guevara, 2006).

Se ha estimado que el dolor de espalda baja (lumbalgia) afecta al 70% de la población adulta en los países desarrollados, con una incidencia anual del 45%. De igual forma, esta entidad afecta predominantemente a personas entre los 35 y 55 años de edad; así mismo, el 90% de los episodios de dolor de espalda baja desaparecen en 6 semanas y sólo 7% desarrolla dolor lumbar crónico (Covarrubias y Guevara, 2006).

Con referente a la osteoartritis (enfermedad articular degenerativa), se ha encontrado una prevalencia del 13% en personas mayores de 55 años en la Unión Americana y en Inglaterra, cerca de 3 millones de personas presentan sintomatología dolorosa. (Covarrubias y Guevara, 2006).

La mayoría de los pacientes que asisten a la clínica del dolor y cuidados paliativos padecen cáncer, el cual es considerado un problema mundial de salud pública. En el 2002, se estimó que 24.6 millones de personas en el mundo lo padecían y la mortalidad asociada a esta enfermedad causó el deceso de 6.7 millones de individuos durante ese año. En México se ha documentado que el cáncer es la segunda causa de muerte. El dolor en el paciente oncológico se presenta del 80% al 90% de los casos. (Covarrubias y Guevara, 2006).

Debido a las cifras ya comentadas surge en México la necesidad de luchar contra el dolor, dicha lucha es iniciada por el Dr. Vicente García Olivera, quien en 1953, logró transmitir sus enseñanzas y su visión del manejo del dolor a un grupo de médicos interesados en esta área. El resultado de esta labor, se refleja con la fundación de la primera clínica del dolor en nuestro país en el año de 1972, por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1995) menciona que entre 30 y 40 millones de personas padecen dolor crónico, sin embargo no existen dichos estudios en la población mexicana.

El dolor y su comorbilidad con trastornos mentales ha sido documentado (Fishbain, 1999). La prevalencia de depresión mayor es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente, entre 40% y 100% de los pacientes que asisten a una clínica de dolor (Turk, 1987).

El segundo grupo de comorbilidad de trastornos mentales y dolor crónico es el abuso de sustancias con una dependencia a los fármacos de 3.2 a 37% y abuso de sustancias ilícitas llega a ser de 12.5% (Fishbain, 1999).

Posteriormente se ha encontrado en la literatura, una alta prevalencia de comorbilidad con respecto a los trastornos somatomorfos, entre los más frecuentes se encuentran en trastorno conversivo (2 a 37%) (Fishbain, 1999).

Se ha encontrado una alta prevalencia de ansiedad en los pacientes con dolor crónico (10-62%), en cuanto a los pacientes con trastorno de pánico se ha encontrado la presencia de dolor hasta en un 81% (Katon, 1984).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente (INPRF) la prevalencia de dolor en pacientes que acuden por primera vez a consulta externa es de 77%. El 53% tiene más de 6 meses de evolución y 18% padecen dolor continuo. El principal trastorno relacionado con el dolor en el INPRF es como lo muestra la literatura el trastorno depresivo mayor, el cual se manifiesta hasta en 83% de los pacientes (Graff-Guerrero, 2001).

PSICOLOGÍA Y DOLOR

El trabajo del psicólogo dentro de una Clínica de dolor no sería próspero sin conocer las bases fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales del dolor, por lo que a continuación se describen dichos puntos con un enfoque cognitivo-conductual en su mayoría.

Aspectos Neurofisiológicos del Dolor. Los problemas relacionados con el dolor generalmente se abocan desde el punto de vista anatómico, en gran parte debido a que el malestar es primeramente físico. Aunque el dolor es una sensación desagradable, el ser humano no podría vivir sin dicha sensación debido a que este tiene una función evolutiva al alertarnos sobre el peligro. Se conoce que las personas que por algún daño físico o neurológico son incapaces de sentir dolor tienen muchos accidentes y por esto mismo suelen morir jóvenes, por lo tanto se demuestra como el dolor aunque desagradable es un mecanismo básico para la supervivencia.

Existen algunas fibras nerviosas sensoriales que sólo reaccionan al dolor, mientras otras parecen responder al dolor pero también a otras sensaciones. Si partimos del síndrome conocido como Síndrome de Brown-Sequard el cual aparece cuando se corta la mitad de la médula espinal, en este caso no se transmite la información sensorial desde las piernas al cerebro de manera normal.

Si la médula espinal se corta del lado derecho, la pierna derecha pierde el sentido fino del tacto pero la pierna puede sentir dolor. La pierna izquierda se vuelve insensible al dolor, mientras retiene el sentido fino del tacto. Dicho fenómeno ocurre debido a que existen diferentes lugares en donde los dos tipos de fibras sensoriales cruzan de un lado del sistema al otro. Las fibras de dolor se cruzan en la médula espinal de manera que las fibras de dolor de la pierna derecha ascienden por el lado izquierdo de la médula espinal y así llegan al cerebro, mientras las fibras del tacto se cruzan en el cerebro, así que las fibras del tacto de la pierna izquierda ascienden directamente por el lado izquierdo de la médula espinal hasta llegar al cerebro (Papalia, 1987).

El cerebro por si mismo produce sustancias parecidas al opio, las cuales reducen o eliminan el dolor. Estas sustancias, llamadas beta-endorfinas no son neurotransmisores, sino neuromoduladoras, que de alguna forma adaptan las conexiones sinápticas. Las endorfinas parecen ocupar los receptores de dolor del cuerpo, de tal manera que no pueden llegar señales de dolor desde la médula espinal al cerebro.

La acupuntura, la hipnosis y los placebos son conocidos porque bloquean el dolor, numerosas investigaciones han intentado explicar su funcionamiento. Existe un fármaco llamado naloxona, que invierte la acción de una endorfina, aparentemente bloqueando los receptores opiáceos del cerebro. Una de las maneras que poseen los investigadores para comprobar si el dolor está siendo inhibido por el sistema opiáceo del propio cerebro es la de administrar dicho fármaco. Si la naloxona invierte el efecto, el sistema opiáceo del cerebro es probablemente lo que alivia el dolor en una situación determinada, se ha encontrado que tanto la acupuntura como los placebos activan la acción de los opiáceos del cerebro, pero la hipnosis no.

Se ha descrito el sistema somatosensorial por medio de cómo los receptores periféricos transmiten impulsos nerviosos a diferentes áreas del cerebro, este supuesto afirma que el dolor es una sensación y que esta sensación aumenta su intensidad a medida que el daño se incrementa, sin embargo, la fisiología del dolor es mucho más complicada pues no solamente llega al cerebro la información de los receptores periféricos sino que el mismo cerebro regula dicha información, este supuesto se puede explicar mejor a partir de la teoría de la compuerta (Melzack y Wall, 1965). La teoría propone que los mecanismos neurológicos de la médula espinal actúan como una puerta la cual puede incrementar o disminuir el flujo de impulsos nerviosos que se dirigen al cerebro. Los síntomas del dolor son modulados por dicha puerta antes de ser percibidos por la persona. Se afirma que la puerta es influenciada por información que desciende del cerebro. El dolor ocurre

cuando el número de impulsos nerviosos que llegan a esta área exceden un nivel crítico. La teoría de la puerta se ha basado en las siguientes proposiciones:

1. La transmisión de impulsos nerviosos de las fibras aferentes a las células transmisoras de la médula espinal son moduladas por el mecanismo de compuerta.
2. El mecanismo de la puerta se ve influenciado por la relativa actividad de las fibras largas y las fibras cortas, las primeras inhiben la transmisión (cierran la puerta) mientras que las segundas facilitan la transmisión (abren la puerta).
3. El mecanismo de la puerta que se da en la médula espinal se ve influenciado por impulsos nerviosos que descienden desde el cerebro.
4. Un sistema especializado de fibras rápidas activan determinados procesos cognitivos que influyen en el mecanismo de la puerta.
5. Cuando la potencia de las células exceden un nivel crítico, se activan las áreas neuronales que promueven los patrones de percepción del dolor.

Melzack y Wall, 1965 enfatizan la complejidad del dolor integrando el modelo multidimensional de la puerta en el que incluyen los componentes senso-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluadora.

La teoría de la puerta propone que la percepción del dolor se puede mediar por medio de procesos psicológicos, por lo tanto, desde el punto de vista psicológico, podemos echar mano de esta información y concluir que es posible aumentar la vía inhibitoria del dolor por medio de la emoción y de la cognición.

Las cuestiones emocionales se encuentran especialmente regidas por el sistema límbico, el cual se encuentra interrelacionado con la formación reticular, la cual a su vez por medio de la materia gris hace la función de puerta con el sistema límbico. Se ha demostrado que la estimulación eléctrica del hipocampo, la amígdala y otras estructuras del sistema límbico provocan un alto a la estimulación de dolor. El sistema límbico se encuentra íntimamente relacionado con las cuestiones emocionales y afectivas en el dolor. (Sternbach, 1978).

Aspectos Psicológicos del Dolor. La relación entre el dolor y las emociones ha sido reconocida desde la época de los griegos. Para Aristóteles, el dolor era además de un estado sensorial un estado emocional. Desde un punto de vista religioso no era aceptable tratar físicamente al dolor debido a que este era enviado por Dios. En nuestros tiempos se han encontrado múltiples evidencias sobre la relación entre el estado de ánimo y el dolor. Los jugadores de football han recibido lesiones importantes durante el juego, sin embargo no sienten dicho dolor durante el partido, así mismo Beecher demostró que existe diferencia en el reporte de dolor de los soldados que se encuentran en batalla y las personas civiles, incluso, los soldados solicitaron menos

analgésicos que los civiles que experimentaban algún tipo de dolor. El problema de dicha investigación radica en que pudo haber existido diferencia en los padecimientos de los civiles y el de los soldados. Otras evidencias sobre la relación entre el estado de ánimo y el dolor son los experimentos con placebo, los cuales han demostrado que las personas que reducen su ansiedad tomando “medicamento” pueden reducir en gran medida su dolor.

Se sabe que aunque la etiología del dolor sea en la mayoría de los casos de etiología física, los factores psicológicos se encargan de mantener altos niveles de dolor, por lo tanto se vuelve de suma importancia ahondar en el tema de los aspectos psicológicos del dolor.

El carácter subjetivo del dolor radica principalmente en los procesos psicológicos que intervienen en él. Entre estos procesos podemos encontrar a la atención, la cual permite que la información del dolor llegue a la corteza y la ansiedad que hace que la persona se encuentre en un permanente estado de alerta.

Desde una aproximación conductual se manejan dos conceptos esenciales:

1. La conducta se ve afectada por una variedad de factores y en gran medida se ve influida por la experiencia.
2. Enfatiza en observar y operacionalizar la conducta.

Por tanto desde esta aproximación podemos analizar que el dolor está influido por la historia del paciente: reforzadores previos, castigos y relación de estímulos.

La definición de dolor se ha complicado en gran medida debido a que no hay una diferencia clara entre el estímulo y la respuesta. La respuesta al dolor obtiene un carácter subjetivo debido a la influencia en el aprendizaje y experiencia del paciente, además, estas influencias psicológicas no solamente intervienen en la etiología del dolor, la cual generalmente es fisiológica, sino que intervienen en el mantenimiento de éste a través del tiempo y las situaciones. Es en este momento en el que el papel del psicólogo es de suma importancia para tratar dichos aspectos y ayudar al paciente con dolor.

Para Liebeskind el dolor “significa muchas cosas distintas, las variables con las que se correlaciona inhiben o exacerban el dolor” (Sternbach, 1978).

Es importante aclarar la diferencia existente entre el dolor crónico y el dolor agudo, puesto que estos dos generalmente deben ser tratados de distinta forma. El dolor crónico se caracteriza por ser gradual, de tiempo indefinido, variar a través del tiempo, no tienen cura, mientras que el dolor agudo es abrupto, tiene límite en el tiempo y tiene cura. Cuando el dolor persiste por largo tiempo

se incrementa la posibilidad de aprender contingencias entre el dolor y la conducta y por tanto ejercer influencia sobre éste. Por lo tanto, en este trabajo se habla mayoritariamente sobre el dolor crónico. Aproximadamente un 25% de los pacientes con enfermedades crónicas padecen síntomas psicológicos importantes, el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa puede limitar la independencia del paciente e impactar de manera tajante en la rutina diaria, sin embargo existe otro problema que puede ser tratado por el psicólogo y que afecta en gran medida la vida del paciente y es el dolor recurrente.

El dolor crónico genera cambios emocionales en las personas. Wolf (1971) en Sternbach (1978) analizó la personalidad de los enfermos reumatoides encontrando patrones de personalidad neurótica, depresión, dependencia, inestabilidad emocional, baja autoestima y sentimientos de culpa. Woodforde y Merskey (1972) en Sternbach (1978) encontraron que pacientes con dolor de origen físico presentaban mayor ansiedad y depresión en comparación con pacientes cuyo dolor no tenía causa física.

La forma de experimentar estrés más universal probablemente sea el dolor, este es el síntoma principal que hace que las personas asistan al médico aunque paradójicamente los mismos procedimientos médicos o quirúrgicos causan dolor, esta situación pone en evidencia su carácter psicológico, debido a que el hecho de sentir dolor provoca al paciente la ansiedad de no saber su etiología y éste disminuye su ansiedad acudiendo al médico aunque esto tenga como resultado el experimentar más dolor.

El hecho de ser testigo del sufrimiento de otra persona tiende a tener efectos dramáticos en la conducta del observador. Invariablemente, la actividad se ve interrumpida cuando alguien más se lastima o se queja de padecer algún dolor. Una variedad de reacciones inmediatas se provocan como conductas empáticas y de cuidado.

Se sabe que las personas tienen curiosidad y son atraídas hacia las experiencias dolorosas de otras personas, esto se debe, en gran medida, a que esta información tiene un valor adaptativo alto para el observador. Según Bandura el aprendizaje observacional es la principal forma de adquirir nuevos patrones de conducta. El aprendizaje vicario puede sustituir de manera directa a la experiencia, evitando así que la persona sufra de un fuerte sufrimiento durante la experiencia, además aprender del dolor de otros no solamente enseña a la persona patrones de conducta que evitan el dolor sino también la muerte. Sin embargo, en algunos casos, adquirir la conducta de otros puede tener consecuencias desadaptativas para el individuo al crear quejas de dolor inapropiadas o evitación del tratamiento cuando éste es de suma importancia para la salud del paciente.

Es de suma importancia identificar los factores que influyen en la ocurrencia de las conductas de dolor, estas son conductas operantes, es decir, conductas en las que interviene la musculatura voluntaria. Las personas que sufren dolor, muestran ciertas conductas de dolor que son susceptibles a la influencia de los reforzamientos. La experiencia con los problemas de dolor crónico ha demostrado que las conductas de dolor se ven afectadas por las contingencias ambientales. Tratamientos basados en modificar la relación entre dolor y conducta ha demostrado mejorar o solucionar por completo ciertos problemas de dolor.

Medición del Dolor. La mayoría de las investigaciones se han realizado en hospitales, lo cual indica que se deben ampliar a otros escenarios. No se sabe mucho acerca del dolor por lo que se hacen necesarias más investigaciones sobre el tema, sin embargo existen dificultades éticas y legales alrededor de dicho tema. El estudio del dolor es obviamente susceptible a las críticas y a la regulación legal. No está permitido en la actualidad inducir dolor a los animales por fines científicos lo cual complica el panorama.

Para medir se ha hecho necesaria la categorización del mismo, una forma de categorizar el dolor es por medio de la duración que tenga. Es así como el dolor asociado con el daño de un tejido, inflamación o proceso de enfermedad que es de duración relativamente corta (horas, días, semanas) y alta intensidad es conocido como dolor agudo (dolor posquirúrgico). El dolor que persiste, que se extiende con el tiempo (artritis reumatoide) o que puede estar asociado a un daño que no se resuelve en un periodo exacto es conocido como crónico.

Se emplean 5 categorías para describir el dolor:

- Agudo
- Agudo recurrente
- Crónico
- Crónico progresivo
- Inducido en laboratorio

Una cuestión que complica de manera directa la investigación del dolor es su carácter subjetivo, la cual dificulta en gran medida su capacidad de ser medido. Generalmente, el dolor se describe por medio del lenguaje, sin embargo, éste suele ser muy distinto entre los pacientes; por esta razón se considera que el dolor solamente se puede medir de manera indirecta.

No existen procedimientos objetivos para evaluar el dolor. Una de las formas en las que se ha medido el dolor es el reporte verbal; sin embargo se sabe que personas con el mismo diagnóstico difieren considerablemente en su reporte verbal de la percepción de su dolor, esto en gran medida debido a cuestiones que influyen la percepción de la persona como la cultura, las experiencias

pasadas, el significado de la situación, variables personales, atención, emociones y reforzamiento de contingencias.

Se ha demostrado que los cuestionarios proporcionan buena información sobre el dolor, aunque muchos clínicos prefieren mediciones más objetivas. La ventaja que tienen los cuestionarios sobre otros tipos de medición es que son económicos, registran conductas del paciente, además de registrar procesos emocionales, sociales y mentales.

Fordyce (1976) enfatiza la importancia del medio ambiente en la comunicación del dolor y el sufrimiento. Los pacientes que experimentan dolor presentan manifestaciones observables, éstas pueden ser conductas de dolor, las cuales incluyen reporte verbal, actividad motora, expresiones faciales, gesticulaciones. Este tipo de conductas pueden ser medidas para tener un esquema del dolor que experimenta el paciente. El constructo de conducta de dolor es parte de las formulaciones conductuales del dolor crónico. Estas formulaciones enfatizan el rol del aprendizaje social y su influencia en el desarrollo y mantenimiento de las conductas de dolor. Las conductas anteriormente mencionadas (reporte verbal, actividad motora, expresiones faciales, etc.) se caracterizan por ser sedentarias y restrictivas, sin embargo, no es suficiente la observación de las conductas como tal, son importantes técnicas más sofisticadas para analizar dichas conductas.

Entre los criterios que existen para que una conducta de dolor sea observada y analizada de manera correcta se encuentran:

1. La conducta se debe presentar con frecuencia.
2. Se debe definir el comportamiento con lenguaje simple, minimizando las inferencias.
3. Anotar en una tabla o manual la definición de la conducta.

Observar la conducta no tiene solamente una finalidad de obtención de datos descriptivos, también la de analizar variables que controlan la conducta. El análisis funcional está diseñado para identificar variables que controlen la conducta de dolor (contingencias).

Existen técnicas que sirven para registrar las conductas de dolor:

1. Observación continua: Se realiza un diario detallado de las conductas del paciente.
2. Medida de duración: Se registra el tiempo que se toma el paciente para realizar una determinada conducta.
3. Cuentas de frecuencia: se observa y registra el número de instancias de cada conducta meta con la finalidad de establecer tratamientos.
4. Muestreo temporal: Se muestrean los comportamientos del paciente por un periodo de tiempo a lo largo del día.
5. Registro de Intervalo: El periodo de observación se desglosa en intervalos iguales.

Existen variables que influyen en los métodos de observación entre los que se encuentran:

- **La Capacitación:** El nivel de la capacitación de los observadores que registran las conductas de dolor varía dependiendo de la complejidad del sistema de observación. La observación de frecuencia o duración no requieren de mucha capacitación, mientras que la muestra de tiempo y los métodos de registro de intervalo requieren de mucha más capacitación del observador.
- **Confiabilidad:** Es el grado en el que varios observadores concuerdan el 80% de acuerdos se toma como aceptable.
- **Validez:** Existen tres tipos.
 1. **Concurrente:** Comparar los resultados de un método con otra media que está diseñada para medir un constructo similar.
 2. **De constructo:** Que mida lo que dice que mide.
 3. **De discriminación:** las conductas de dolor observadas discriminan a los pacientes que tienen dolor como a los que no los tienen.

Para realizar una óptima observación y evaluación de las conductas de dolor se recomienda al clínico pasar largo tiempo en el lugar de observación, una forma de disminuir el tiempo es hacer observación preliminar antes de recopilar datos, además el clínico puede echar mano de equipo de video para grabar la situación.

Los registros psicofisiológicos han sido una excelente herramienta para determinar la influencia de factores psicológicos en el funcionamiento del cuerpo, sobretodo para medir su contribución al inicio y mantenimiento de los síntomas. Los resultados de dichos registros pueden servir para indicar el método de intervención así como para documentar la eficacia durante y después del tratamiento.

Entre las medidas periféricas en la valoración del dolor se encuentran:

- **Electromiografía:** miden la tensión muscular, la cual puede contribuir a la experiencia dolorosa.
- **Medidas cardiovasculares:** Los parámetros vasculares tienen un papel muy importante en problemas como la migraña. Estas medidas incluyen el flujo sanguíneo, temperatura, frecuencia cardíaca y presión sanguínea.
- **Medidas de conductancia de la piel:** se ha encontrado relevancia entre el dolor agudo y la conductancia de la piel, no así con el dolor crónico.

Numerosos investigadores se han interesado por medir las actividades eléctricas espontáneas por medio de EEG (electroencefalograma espontáneo) y en los ERP (potenciales relacionados con eventos).

EEG: Este tipo de registros son espontáneos permitiendo registrar la actividad del encéfalo por medio de electrodos. Se ha utilizado en el diagnóstico de dolor, mediante la evaluación de la relación entre los reportes de dolor subjetivo y la magnitud de la relación de frecuencia.

ERP: Se han utilizado como herramienta principal en la investigación del sistema nervioso con relación al dolor. Son actividades eléctricas cerebrales que pueden ser registradas desde distintos sitios. Este modelo es ampliamente aceptado y se realiza con el mismo equipo del EEG.

Melzack y Torgerson (1971) crean el primer instrumento de evaluación (MPQ) McGill Pain Questionnaire. Iniciaron el estudio del dolor con la ayuda de médicos y estudiantes a los cuales se les dio la instrucción de clasificar 102 palabras que caracterizaban al dolor obtenidas de la literatura clínica. Al terminar este procedimiento, el resultado fueron grupos de palabras:

1. Características sensoriales: relativas a términos temporales, espaciales, de presión térmica, etc.
2. Características afectivas: relativas a términos de tensión, miedo y propiedades autonómicas.
3. Evaluación subjetiva: Relativas a la experiencia completa.
4. Misceláneos: referentes a cuadros pocos usuales del dolor dental.

Posteriormente, Melzack y Torgerson, determinaron la intensidad implícita en las palabras de cada subclase pidiéndoles a médicos y estudiantes que le asignaran un valor de intensidad a las palabras usando una escala numérica.

Para aplicar el Cuestionario de Dolor de McGill se le pide al paciente que elija solamente las palabras que mejor describan su situación actual, puede ser autoaplicado o por medio de entrevista. Existe un formato abreviado de 15 términos seleccionados en base a su frecuencia en una variedad de dolores agudos, intermitentes y crónicos. Dicha versión está altamente correlacionada con la versión larga, su gran ventaja es que no requiere más de 5 minutos para ser aplicada.

Tratamientos para el Dolor. Lo más importante sobre la evaluación del dolor es que dirige la intervención del psicólogo, pues le ayuda a establecer metas de tratamiento. El objetivo general de la terapia es disminuir la intensidad del dolor.

A veces, los pacientes encuentran difícil aceptar que su dolor no va a ser curado, dicha creencia puede actuar como barrera al cambio. La retroalimentación biológica puede servir en este sentido debido a que indica al paciente de manera objetiva su progreso.

Los pacientes que padecen de dolor crónico generalmente se les dificulta permanecer en una misma postura por mucho tiempo, por lo cual, el terapeuta debe informar a los pacientes que estos se deben sentir libres de moverse durante la terapia cuantas veces quieran.

Entre las técnicas que han sido utilizadas como tratamiento del dolor se encuentran:

1. **Reestructuración Cognitiva.** La manera en la que los pacientes interpretan la experiencia de dolor influye en la manera en la que ellos lo perciben. La educación en la Terapia Cognitivo-Conductual requiere que el paciente considere las consecuencias emocionales, conductuales y físicas que tiene la manera en la que piensan. Esto se puede tratar hablando sobre situaciones en las que distintos pacientes experimentan los mismos niveles de dolor pero tienen diferentes reacciones emocionales, o tratando situaciones en las que ellos mismos se han enfrentado al dolor de distintas maneras dependiendo de la gente con la que estaban o de la situación en la que se encontraban. Presentar información sobre la Teoría de las Puertas puede ayudar a que los pacientes aprecien la importancia de mostrar control sobre el dolor nivelando los mensajes que hacen aliviar o exacerbar el dolor. Los pacientes pueden comprender el modelo cognitivo-conductual del dolor crónico conociendo la Teoría de las Puertas.

Es importante informar a los pacientes que la Terapia Cognitivo-Conductual tiene como una de sus principales finalidades el enseñar al paciente a desarrollar estrategias más efectivas para manejar el dolor.

2. **Promover estrategias para manejar el dolor.** Inicialmente, introducir nuevas estrategias de manejo del dolor debe incluir estrategias que cambien las creencias del paciente. El paciente puede elegir de entre las estrategias existentes, la que le acomode o convenga más, entre éstas se encuentra el hecho de que el paciente debe tomar en cuenta que el tomar los medicamentos como el médico se lo ha indicado es una excelente estrategia para manejar el dolor.
3. **Reducción del pensamiento catastrofizante.** Se ha demostrado que los pacientes que suelen catastrofizar se benefician más por medio de las autoinstrucciones mientras que las personas que no catastrofizan se ven más beneficiados por intervenciones como la modificación de la atención al dolor. Es de suma utilidad ayudar al paciente a saber describir su dolor, debido a que suelen catastrofizar su dolor y esto generalmente afecta la percepción y los afectos de la persona que padece de dolor.

4. **Manejo de contingencias.** Se ha recomendado dicha técnica, sobretodo, cuando en el paciente se presentan las conductas de dolor en gran medida. Es mucho más apropiado utilizarla cuando no se han encontrado implicaciones físicas en la etiología del dolor, es decir, cuando hay un claro reforzamiento de la conducta de dolor en el ambiente del paciente. El psicólogo se puede apoyar en los familiares del paciente con el fin de apoyarse en ellos para realizar la técnica de manera más eficaz posible.

Para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los pacientes que padecen dolor crónico es de suma importancia la evaluación, formulación e intervención de los síntomas físicos del paciente, a fin de trabajar lo más concreto posible el manejo del dolor en el paciente.

Existen 4 fases que conforman el programa Cognitivo-Conductual para el dolor:

- **Averiguación.** Se deben describir los objetivos del programa. Se detectan los miedos y enojos del paciente. Por último, se evalúa si el paciente es candidato al programa. La intervención consiste en pedir información básica de dolor, pedir la intensidad y frecuencia percibida, una breve historia médica, así como una evaluación de su estado mental.
- **Evaluación.** Se recopilan datos por medio de entrevistas, cuestionarios, registros psicofisiológicos, etc. Con los cuales se determinan las opciones de tratamiento, se da una línea base, se desarrolla una hipótesis de trabajo y se establecen las bases para el desarrollo de objetivos y tareas. Se considera al paciente un experto en lo que le sucede por lo que los psicólogos deben asumir un papel de facilitadores.
- **Intervención.** Se desarrolla en el paciente una reconceptualización de su dolor, al convencer al paciente sobre su control en éste. Se hace énfasis en la colaboración del paciente, se debe enseñar al paciente a reorganizar las alteraciones entre pensamientos, sentimientos y conductas. A su vez, la fase de intervención se divide en tres componentes en los que se incluye el componente educativo, la adquisición de habilidades para terminar con la generalización y el mantenimiento.

Debido al gran impacto que causa el dolor crónico en las personas y al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas en el mundo, han surgido numerosos centros que tratan específicamente el dolor. Debido a los componentes biopsicosociales del dolor, surge la necesidad de tratarlo de manera interdisciplinaria.

En 1972, se abrió una clínica que trata el dolor de manera interdisciplinaria. Todo el personal de la clínica opera de manera democrática en la cual se integran modalidades terapéuticas sin ningún tipo de jerarquía. El tratamiento del dolor se divide en 6 áreas:

- Física. Se hace énfasis en la movilidad y la resistencia para incrementar la tolerancia al dolor.
- Biofeedback. A través de las respuestas fisiológicas, los pacientes aprenden el control de su cuerpo.
- Valoración Ocupacional y Vocacional. Se valora si el paciente es apto o no para regresar a sus labores ayudando a disminuir los miedos por regresar a sus empleos.
- Enfermería. Vigilan la reducción de los medicamentos, resuelven dudas con respecto al tratamiento e informan sobre las conductas de aprendizaje de los pacientes.
- Médicos. Cuidado y control de medicamentos.
- Psicólogos. Da a conocer al paciente la etiología del dolor, explicando tanto los componentes emocionales como los cognitivos, haciendo comprender al paciente la relación existente entre pensamientos, emociones y conductas. Reeduca al paciente en cuanto a responsabilidad y a la adherencia terapéutica. Ayuda al paciente a comprender los efectos secundarios de los medicamentos. Si el paciente padece de depresión, el psicólogo es quien la trata.

Se sabe que los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas desarrollan menos conductas asertivas, experimentando así mayor ansiedad en situaciones que requieren de habilidades sociales. Dicho problema, en gran medida se debe a la falta de experiencias sociales y a reforzadores positivos a respuestas sociales centradas en la enfermedad

Para esto, existe un Programa Multidimensional de Tratamiento de la Conducta de Enfermedad Crónica, el cual tiene una duración de 4 semanas y se ha diseñado en torno al trabajo de las habilidades sociales en el que se recomienda y ofrece una oportunidad para que el paciente enfrente sus problemas médicos, se muestra que muchos síntomas y conductas de enfermedad son en parte aprendidos y mantenidos por factores psicosociales y se comunica al paciente que debe identificar sus metas y aplicar las habilidades aprendidas durante el programa.

Los pacientes deben establecer sus metas en 4 áreas: Síntomas, relaciones sociales, familia y plan de vida. Se trabaja con los pacientes por medio de las técnicas planteadas por Alberti y Emmons (1974) que incluyen técnicas de asertividad, expresión de sentimientos, escucha activa y configuraciones conductuales.

El empleo de grupos para el tratamiento de dolor crónico ha resultado funcional en pacientes con dolor de espalda, migraña y esclerosis múltiple.

Existen numerosas ventajas para tomar como opción la terapia grupal para pacientes con dolor crónico, entre las cuales está el hecho de que el paciente puede encontrar una retroalimentación de información confiable, una perspectiva diferente a su diagnóstico, formar parte de un nuevo grupo de referencia y asumir la responsabilidad en la problemática.

Las terapias de grupo le permiten a los pacientes adquirir nuevas formas de afrontamiento que les permiten reincorporarse a su nuevo ambiente, además, el grupo representa un foro en el que se puede desahogar, los pacientes aprenden numerosas habilidades específicas para el manejo del dolor. El grupo representa una forma de apoyo social, emocional y de retroalimentación para el paciente.

Aunque el tratamiento cognitivo-conductual es sumamente importante para los pacientes que padecen dolor, esta aproximación no tiene la finalidad de eliminar el dolor sino el de aprender a ser más activos, tomar menos medicamento, y a funcionar de mejor forma padeciendo dolor, generalmente el dolor persiste en los pacientes, existen muchos pacientes que necesitan intervenciones que disminuyan la intensidad de su dolor sin afecciones secundarias, se ha planteado que la hipnosis puede tener dichos efectos.

Utilizar la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico requiere mucho más que una simple aplicación de inducción hipnótica. Mucha gente piensa que la hipnosis tiene cualidades mágicas. Sin embargo la hipnosis debe ser incorporada de manera adecuada a las intervenciones terapéuticas.

La hipnosis es un estado alterado de la conciencia caracterizado por un marcado incremento en la capacidad de sugestión, por la capacidad de alteración en la memoria y en la percepción y por un control directo en las funciones psicológicas involuntarias (actividad glandular, presión corporal).

Los individuos que son hipnotizados pueden padecer tanto alucinaciones positivas como negativas.

Alucinaciones positivas: se refieren a la capacidad de percibir algo que de otra manera no lo podría percibir.

Alucinaciones negativas: Se refieren a la capacidad de no percibir algo que de otra manera sería imposible evitar percibir.

Lejos de ser mera relajación, la hipnosis crea un cambio dramático en la conciencia, dicho cambio es precisamente el que el que crea un cambio en la percepción del dolor.

Existen algunas investigaciones que reportan el carácter benéfico de la hipnosis (incluyendo estudiantes, niños y ancianos) en dolor inducido experimentalmente incluyendo frío, presión, choques eléctricos, etc.). La cuestión clínica radica en qué condiciones la hipnosis puede tener efectos eficaces. Se ha encontrado que factores como el género, la inteligencia y la edad no influyen en el desarrollo del estado hipnótico.

La literatura clínica tiene mayores evidencias de la capacidad de reducir el dolor por medio de la hipnosis que los reportes de investigaciones, la razón de esto podría radicar en que los pacientes se encuentran más motivados que los sujetos debido a que los protocolos experimentales usualmente requieren de rigidez y operacionalización. El uso clínico efectivo de la hipnosis requiere de una aproximación individualizada. Además, la relación existente entre experimentador y sujeto es significativamente menos personal que la relación entre paciente y terapeuta.

Existen 5 técnicas utilizadas para crear analgesia hipnótica:

1. Anestesia: Se sugiere al paciente a sentir entumecimiento en vez de dolor.
2. Disminución directa: Se sugiere al paciente al sentir que mientras respira, aumenta su bienestar y gradualmente disminuye su dolor.
3. Sustitución sensorial: Una sensación dolorosa puede ser sustituida por una sensación, no necesariamente placentera, de comezón o frío. Esto hace más plausible la sugestión que pensar en una sensación placentera.
4. Desplazamiento: Desplazar el área de dolor de un lugar a otro ayuda a mover el dolor a un área menos incapacitante que donde se localiza.
5. Disociación: El paciente se hace capaz de describir que su dolor persiste pero sin complicaciones afectivas.

ÚLTIMAS INVESTIGACIONES DE PSICOLOGÍA EN DOLOR CRÓNICO

Diversas investigaciones se han realizado con respecto a los aspectos psicológicos de los pacientes con dolor crónico a nivel mundial, a continuación se describen algunas de los resultados encontrados en dichas investigaciones.

La incapacidad física y psicosocial en pacientes con dolor crónico se ha relacionado en numerosas investigaciones con las creencias con respecto al dolor, la tendencia a catastrofizar y el estilo de afrontamiento que utilizan. Al ser evaluados 169 pacientes con dolor crónico con respecto a dolor, incapacidad, estilos de afrontamiento, creencias y depresión; se encontró que las creencias de los pacientes predicen de manera significativa la incapacidad física así como la depresión, a diferencia de los estilos de enfrentamiento, que si bien predicen la incapacidad, no tienen relación con la depresión. Los pensamientos catastróficos predicen la depresión pero no la incapacidad de los pacientes. Dichos resultados sugieren la importancia de intervención psicológica con respecto a catastrofización, estilos de afrontamiento, creencias, etc. dependiendo de las necesidades del paciente (Turner, Jensen y Romano, 2000).

Numerosos estudios han documentado una fuerte asociación entre el dolor crónico y la psicopatología, sobretodo con depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos, abuso de sustancias

y trastornos de la personalidad., debido a esto se realizó un meta-análisis de la literatura existente entre 1980 y 2000. En dicho estudio se encontró que la mayoría de las investigaciones resaltan la relación entre dolor crónico y depresión. Además, no se encontró en ningún artículo un modelo teórico que explicara la relación entre el dolor crónico y la psicopatología y en la mayoría de ellos el estrés se consideraba como un factor delimitante (Dersh, Polatin y Gatchel, 2002).

Los pacientes con Dolor de Espalda Baja, frecuentemente presentan creencias de evitación por miedo. Se realizó una investigación con el objetivo de comparar dichas creencias entre 233 pacientes con dolor crónico de espalda baja y 123 pacientes con dolor agudo de espalda baja, encontrando que los puntajes de creencias de evitación por miedo de los pacientes con dolor agudo fueron significativamente menores a los pacientes con dolor crónico. Para ambos grupos, se encontró que dichas creencias afectan aspectos psicosociales en los pacientes con dolor de espalda baja (Grotle, Vollestad, Veierod, Brox, 2004).

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, las residentes de medicina conductual (Plata, Castillo y Guevara, 2004) realizaron una investigación muy completa con respecto a 70 pacientes con dolor crónico, evaluando las siguientes variables: Intensidad de dolor, estilos de enfrentamiento, incapacidad física, depresión y ansiedad. Se encontró una correlación positiva con resultados estadísticamente significativos entre las variables de ansiedad estado e incapacidad funcional en el trabajo, vida social y vida familiar. Así mismo, se encontró una correlación alta entre la variable depresión y la incapacidad funcional en el trabajo, vida social y familiar. Encontraron que la intensidad de dolor es directamente proporcional a los síntomas de depresión. La estrategia de enfrentamiento desviar la atención del dolor, orar y tener esperanza correlacionan de manera significativa con la sensación de control del paciente, la variable catastrofización correlacionó de manera significativa con ansiedad y depresión. Se concluye que los procesos de atención al dolor, las creencias de los pacientes y la sensación de control con respecto al dolor tienen una gran relevancia con respecto al bienestar de los pacientes con dolor crónico.

Se han encontrado diferencias psicológicas en los pacientes con dolor crónico con respecto a la edad, en un estudio realizado a 469 pacientes con dolor crónico se evaluaron variables como catastrofización, incapacidad percibida, creencias de evitación por miedo e intensidad del dolor se encontró que la edad es directamente proporcional a la cantidad de creencias de evitación por miedo (Cook, Brawer y Vowles, 2006).

Con respecto a las maneras de adaptación que utilizan los pacientes con dolor crónico, se realizó una investigación que examina los efectos de cinco dimensiones de personalidad con respecto a la adaptación al dolor. 145 pacientes con dolor crónico fueron evaluados por medio del NEO-Personality-Inventory-Revised. Encontraron que, de las cinco dimensiones de personalidad

estudiadas, únicamente el neuroticismo se relacionó con el dolor, debido a que es un predictor de problemas de autoeficacia con respecto al dolor y percepción de control de dolor. Aunque no se encontró que el neuroticismo fuera predictor de catastrofización (Asghari y Nicholas, 2006).

En la literatura existe información que relaciona los traumas de la infancia con trastornos de dolor. Se ha realizado una investigación con respecto a los traumas infantiles de los pacientes y la sintomatología del trastorno de personalidad borderline, relacionándolos con trastornos del dolor. En dicha investigación se encontró que existe una correlación positiva muy significativa entre abuso físico en la infancia, abuso emocional en la infancia y sobretodo violencia intrafamiliar con los trastornos del dolor en la adultez (Sansone, Pole, Dakroub y Butler, 2006).

Se realizó una investigación con la finalidad de determinar las estrategias de enfrentamiento de los pacientes con dolor de espalda baja y la influencia en su evolución, en dicho estudio se evaluaron 99 pacientes con respecto a las variables: ansiedad, depresión, calidad de vida, locus de control, apoyo social y estrategias de afrontamiento. Encontraron que, un año después del episodio inicial 67% de los pacientes mejoraron y 33% tuvieron dolor crónico. Encontraron que la falta de adaptación emocional se correlacionó con depresión, la percepción de control resultó un buen predictor de mejores resultados con respecto a la funcionalidad y en general los resultados enfatizan el poder predictor de los factores psicosociales en la evolución del dolor de espalda baja (Koleck, Mazaux, Rasclé y Bruchon-Schwitzer, 2006).

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Curso de Algología: De Lunes a Jueves de 7:00 a 8:00am se impartían clases sobre la etiología, neurología y tratamiento del dolor crónico, así como las enfermedades mayormente tratadas en la clínica del dolor, y por parte de psicología se impartieron dos clases por mes, con temas como Depresión y Dolor Crónico, Ansiedad y Dolor Crónico, Técnicas Cognitivo-Conductuales para el tratamiento del Dolor Crónico, Sexualidad y Dolor Crónico, Personalidad tipo A y Dolor, etc. Se dividían las clases entre los médicos residentes, médicos adscritos, residentes de psicología y profesores externos invitados. Cada trimestre se realizó una evaluación escrita acerca de los temas revisados durante el curso. El curso de Algología se encuentra avalado por la UNAM como curso de posgrado en la Facultad de Medicina y los temas seleccionados son los propuestos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

Pase de Visita: De Lunes a Domingo a las 8:00am se realizaba la visita matutina a los pacientes hospitalizados de la clínica del dolor, dichos pacientes se distribuían en los 4 pisos de hospitalización del instituto. Durante la visita, el psicólogo detectaba distintas características de los

pacientes y sus familiares que posteriormente servían de apoyo para intervenciones psicológicas, además, realizaba intervenciones en crisis en caso necesario.

Revisión de pacientes: De Lunes a Viernes después del pase de visita 8:40am se realizaba una revisión detallada de los pacientes hospitalizados de la clínica en donde se trataban aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Hospitalización: Cada paciente que es enviado como interconsulta a la clínica del dolor es asignado a un residente de algología y a un residente de medicina conductual, quienes son los responsables de evaluar y brindar tratamiento al paciente hospitalizado desde el momento de su ingreso hasta su alta. El psicólogo distribuía el tiempo de atención a dichos pacientes entre 9:00am y 5:00pm, cada psicólogo atendía 3 pacientes en promedio. Las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas con dichos pacientes fueron: Psicoeducación, Entrenamiento en Relajación, Contención emocional, Entrenamiento en solución de problemas y terapia ocupacional.

Consulta Externa: Lunes, martes, jueves y viernes de 9:00am a 5:00pm y miércoles de 9:00 a 11:00 y de 3:00pm a 5:00pm se brindaba atención a los pacientes citados a la consulta de la clínica del dolor. En caso de que el paciente fuera citado por primera vez, se realizaba una evaluación cognitivo-conductual que formaba parte de un protocolo aceptado por el comité de ética del INCMNSZ, el tratamiento psicológico brindado a los pacientes subsecuentes se realizaba solamente en caso de que el médico residente a cargo solicitara la intervención, esto debido a la gran cantidad de pacientes que se atendían diariamente. Se evaluaba al paciente con la finalidad de detectar la necesidad prioritaria del paciente e intervenir en el momento de la consulta y si fuera necesario se citaba al paciente para continuar con el tratamiento psicológico semanalmente. Cuando se consideraba necesario, se programaba una cita para valoración psiquiátrica. Diariamente se contaba con la supervisión y apoyo de uno de los médicos adscritos de la clínica del dolor.

Cuidados Paliativos: El objetivo de los cuidados paliativos es el de brindar al paciente un control de la sintomatología tanto fisiológica como psicológica, dando una gran importancia al cuidador primario de dicho paciente.

Las características de los pacientes que ingresan a Cuidados paliativos son:

- Presencia de una enfermedad crónica, avanzada e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento curativo.
- Sintomatología intensa, multifactorial y cambiante.
- Pronóstico de vida menor a 6 meses.

Cuando un paciente ingresa a cuidados paliativos debe tener en su expediente realizado en la primera consulta: La nota del servicio que la envía, historia clínica, evaluación social, evaluación psicológica del paciente y del cuidador primario o acompañante.

Martes, jueves y viernes de 9:00am a 2:00pm se brindaba atención a los pacientes citados para cuidados paliativos. Los dos residentes de medicina conductual se dividían los días para poder atender de la mejor manera posible tanto a los pacientes de la clínica del dolor como a los pacientes de cuidados paliativos. La atención del paciente se brindaba de manera multidisciplinaria, al mismo tiempo que el médico realizaba su exploración física, el psicólogo detectaba características psicológicas en el paciente y familiares o cuidadores, para posteriormente brindar apoyo emocional a ambos pacientes, la evaluación a los cuidadores primarios era parte de un protocolo aceptado por el comité de ética del INCMNSZ.

Cuando el paciente ya no se puede trasladar al hospital debido a la sintomatología que presenta, el personal de la clínica realiza visitas domiciliarias en las que la trabajadora social, un residente de algología y un residente de medicina conductual acuden al domicilio del paciente a realizar exploración física, entrevista médica y psicológica e intervención cognitivo-conductual al paciente en caso posible o al cuidador primario.

Posterior al fallecimiento del paciente se brindaba atención psicológica a los familiares si ellos así lo solicitaban.

Urgencias: Servicio que funciona a través de interconsultas de las demás especialidades que existen en el instituto. Al momento que el servicio de urgencias solicita por medio de una interconsulta a la Clínica del Dolor, un residente de algología y un residente de medicina conductual acuden a la evaluación e intervención con el paciente. Se realiza la exploración y tratamiento médico y si era necesario se intervenía psicológicamente por medio de técnicas de relajación.

Día Académico: Los miércoles de 11:00am a 2:00pm de cada semana se desarrollan las actividades académicas en las que participan los médicos residentes de algología y los psicólogos residentes de medicina conductual, el INCMNSZ y el INC trabajan en conjunto con la finalidad de enriquecer la información del dolor crónico y la revisión de casos clínicos.

Una semana antes de la exposición del caso clínico, se proporciona a todos los residentes la historia clínica y psicológica del paciente que se va a analizar, el día de la exposición se resuelven dudas de los residentes con respecto al caso clínico con la finalidad de que cada residente brinde el diagnóstico y tratamiento algológico que considera correcto para el paciente, posteriormente, el psicólogo residente expone la valoración, diagnóstico y tratamiento psicológico del paciente con la finalidad de realizar valoraciones interdisciplinarias de cada uno de los pacientes de la clínica del dolor y cuidados paliativos. El día académico culmina con la revisión de 4 artículos novedosos

sobre algología en los que se analiza el contenido, redacción y metodología de cada uno. Todas las actividades académicas son supervisadas por los médicos adscritos del INCMNSZ los dos primeros miércoles del mes y los médicos adscritos del INC los dos últimos miércoles de cada mes.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS INDEPENDIENTES DE LA CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Supervisión in situ: Los Martes a las 12:00 la Lic. Sofía Sánchez Román supervisaba los casos clínicos que se dificultaban, brindando herramientas clínicas y bibliografía pertinente para cada situación, además, en casos necesarios acudía personalmente con el paciente para involucrarse en el caso y brindar una mejor asesoría.

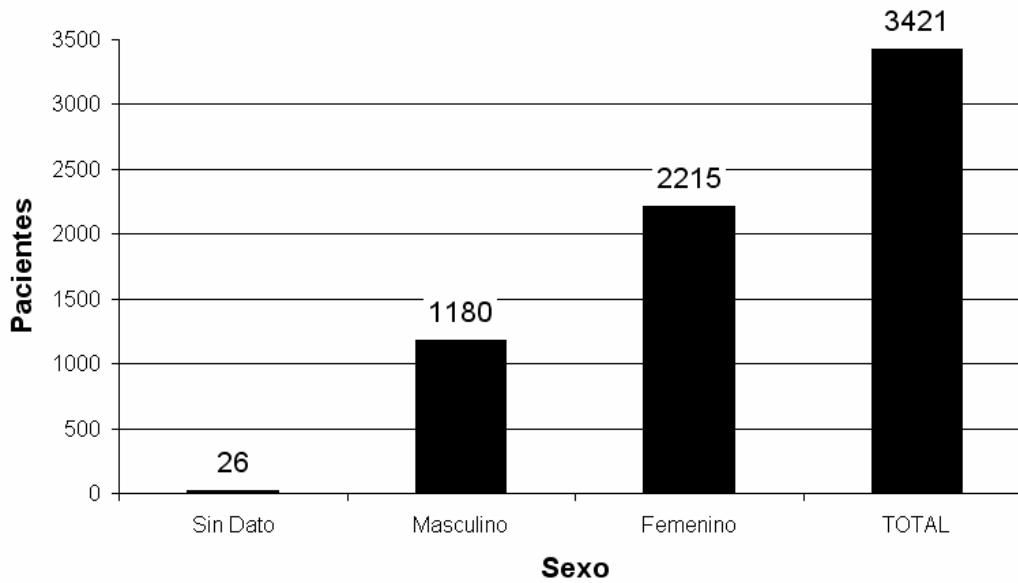
Clases teóricas: Los martes a las 12:00pm la Lic. Sofía Sánchez Román impartía clases a las 2 residentes de medicina conductual sobre trastornos de personalidad, intervención psicológica a pacientes hospitalizados, asesoraba y asistía a las clases que las residentes impartían a la clínica del dolor y revisaba los protocolos de investigación de cada residente.

Supervisión Académica: Los jueves a las 12:00 el Mtro. Fernando Vázquez Pineda supervisaba los protocolos de investigación llevados a cabo durante la rotación, así mismo, apoyaba con las clases que las residentes impartían a la clínica del dolor y apoyaba incondicionalmente en cuestiones administrativas y de trato con los médicos adscritos y el jefe de servicio de la clínica del dolor.

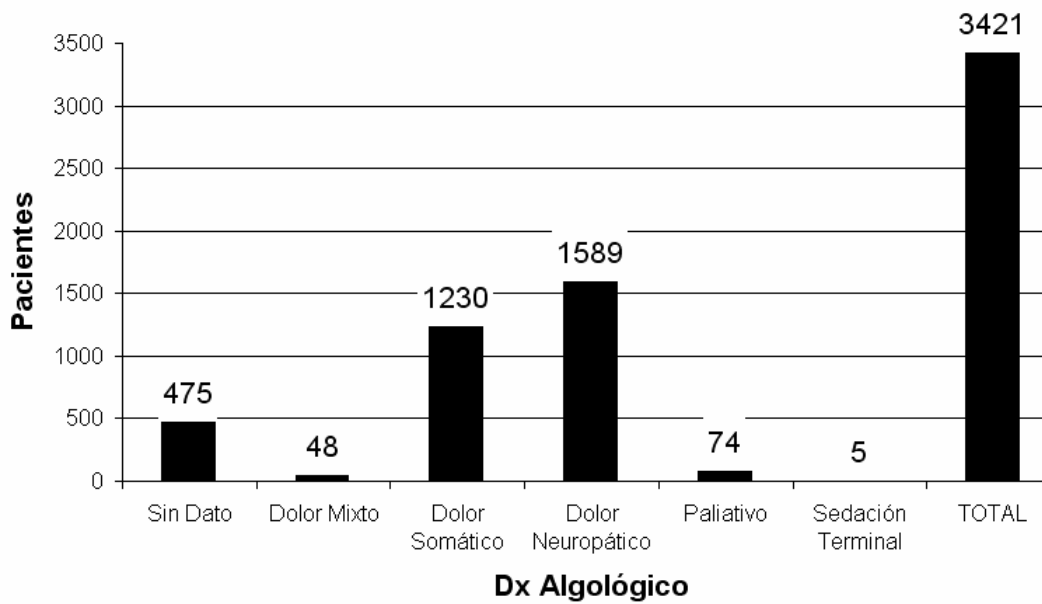
POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN

La media de edad de los pacientes atendidos por psicología en la clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ fue de 57.25 con una desviación estándar de 17.1. A continuación se muestran las gráficas que indican los datos de los pacientes atendidos de marzo de 2006 a febrero de 2007 por el equipo médico y psicológico de la clínica del dolor:

**Consultas de la Clínica del Dolor del INCMNSZ
de marzo 2006 a febrero 2007**

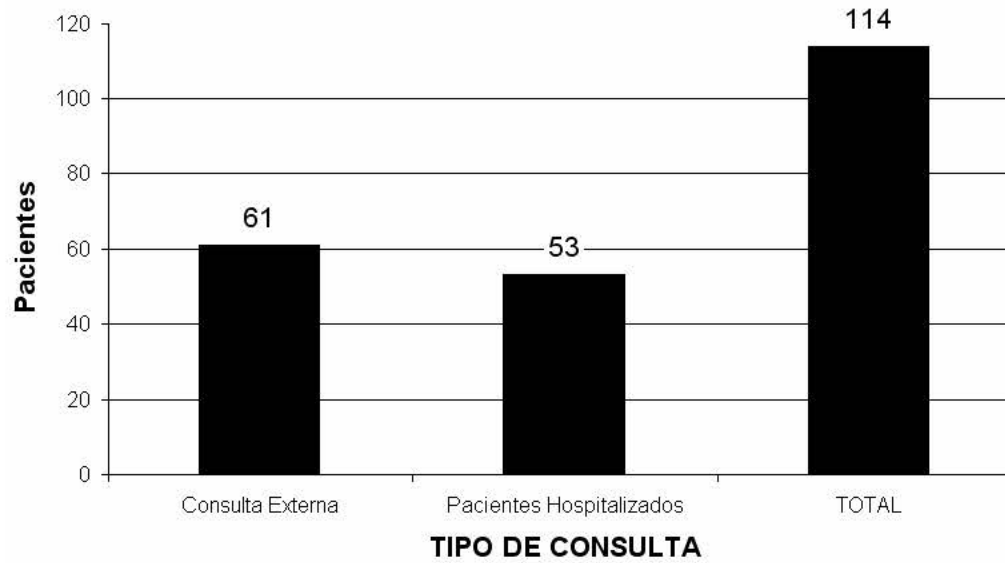


**Consultas de la Clínica del Dolor del INCMNSZ
de marzo 2006 a febrero 2007**

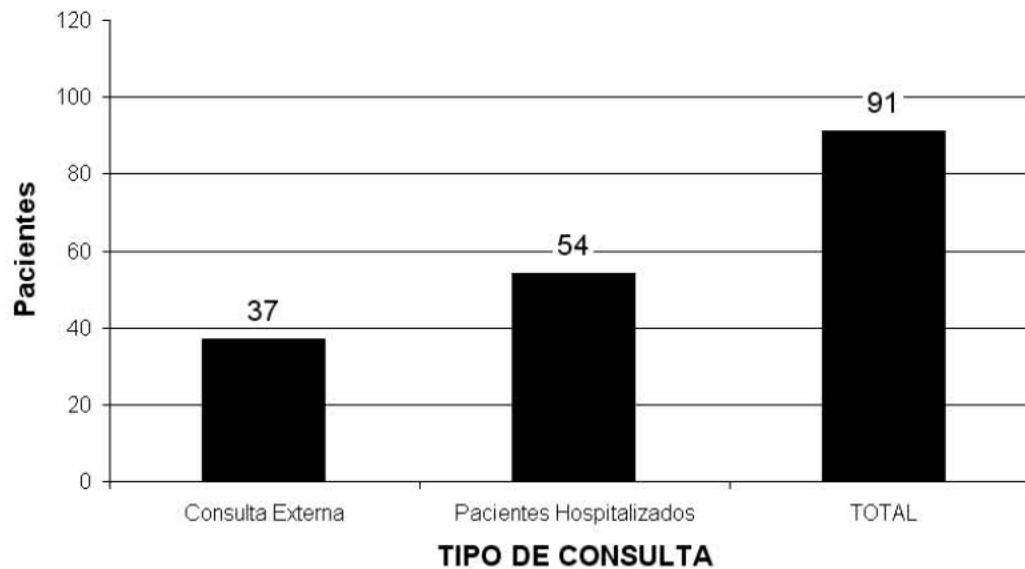


A continuación se muestran las gráficas de las características de los pacientes atendidos por psicología dentro de la clínica del dolor del INCMNSZ divididos por mes en el periodo de marzo de 2006 a febrero de 2007.

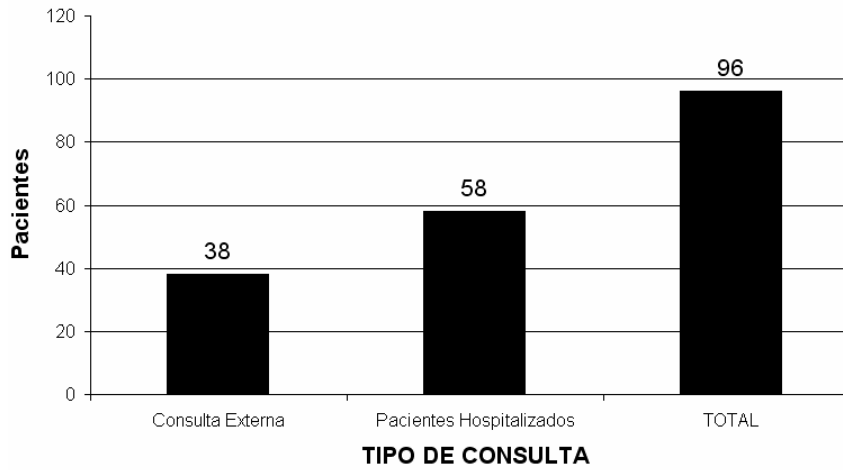
Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor marzo 2006



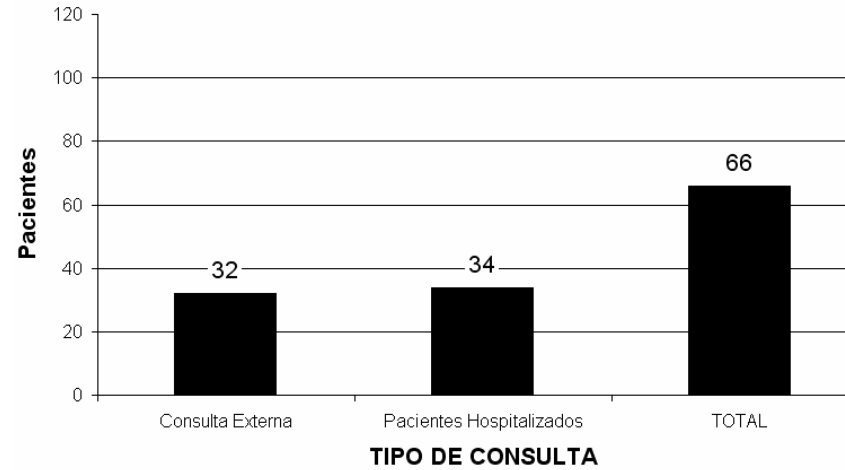
Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor abril 2006



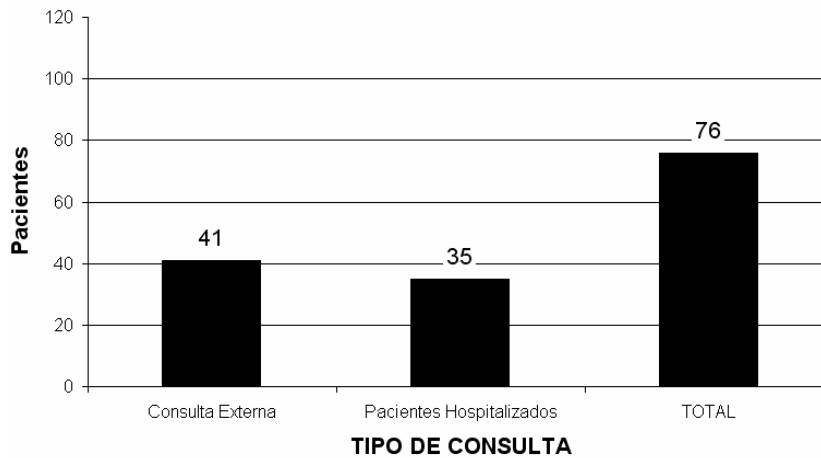
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
mayo 2006**



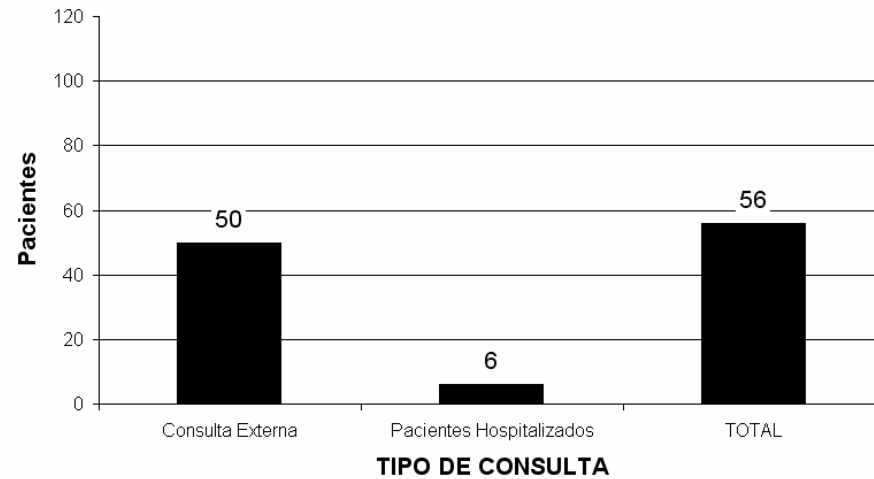
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
junio 2006**



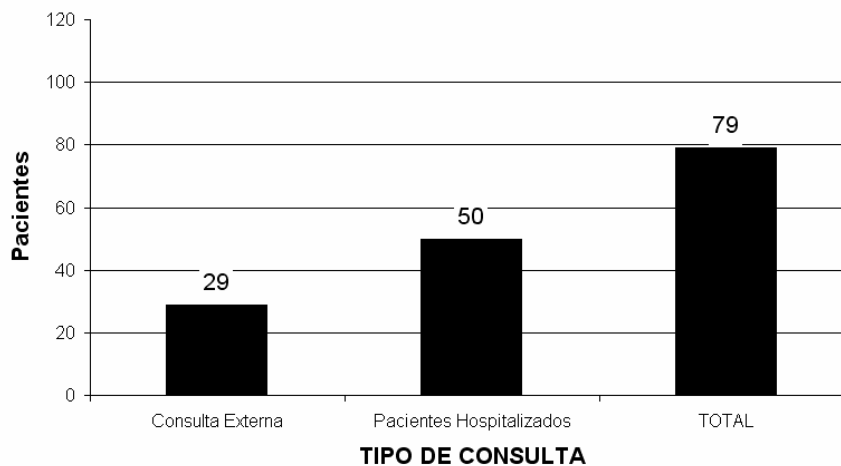
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
julio 2006**



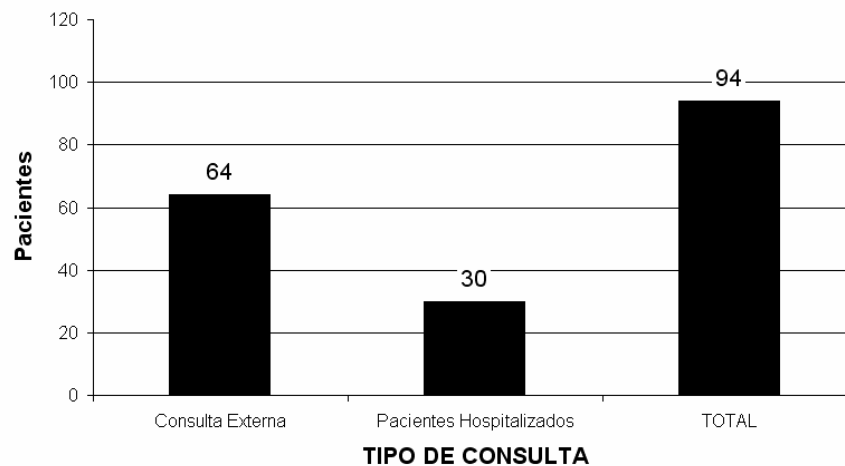
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
agosto 2006**



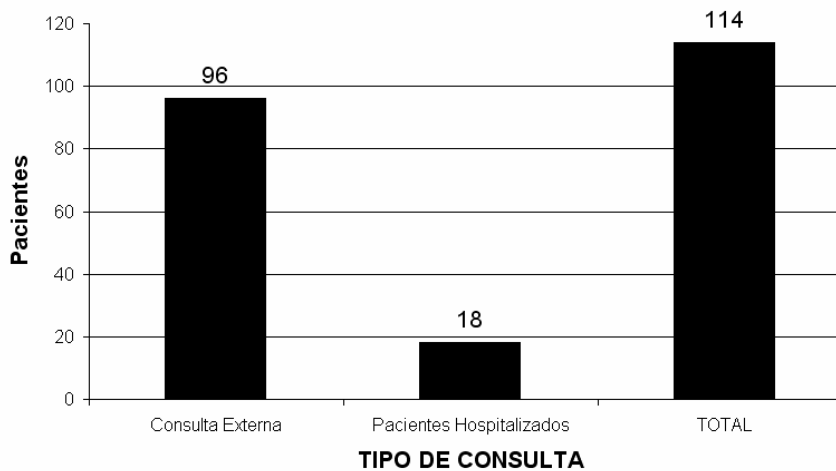
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
septiembre 2006**



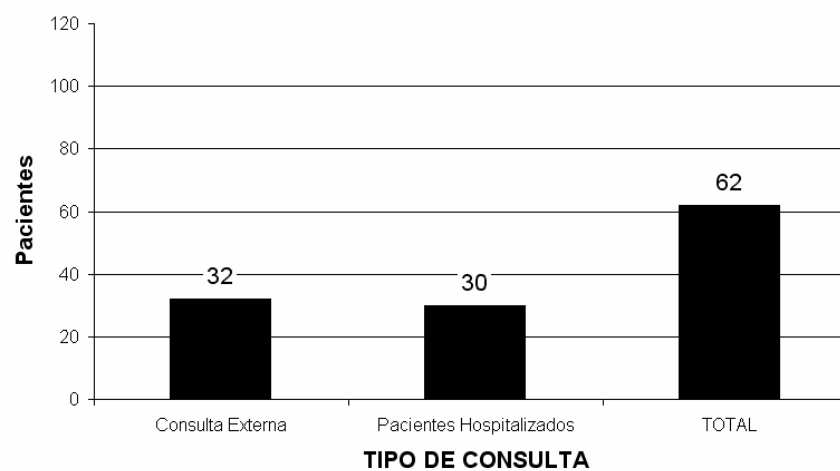
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
octubre 2006**



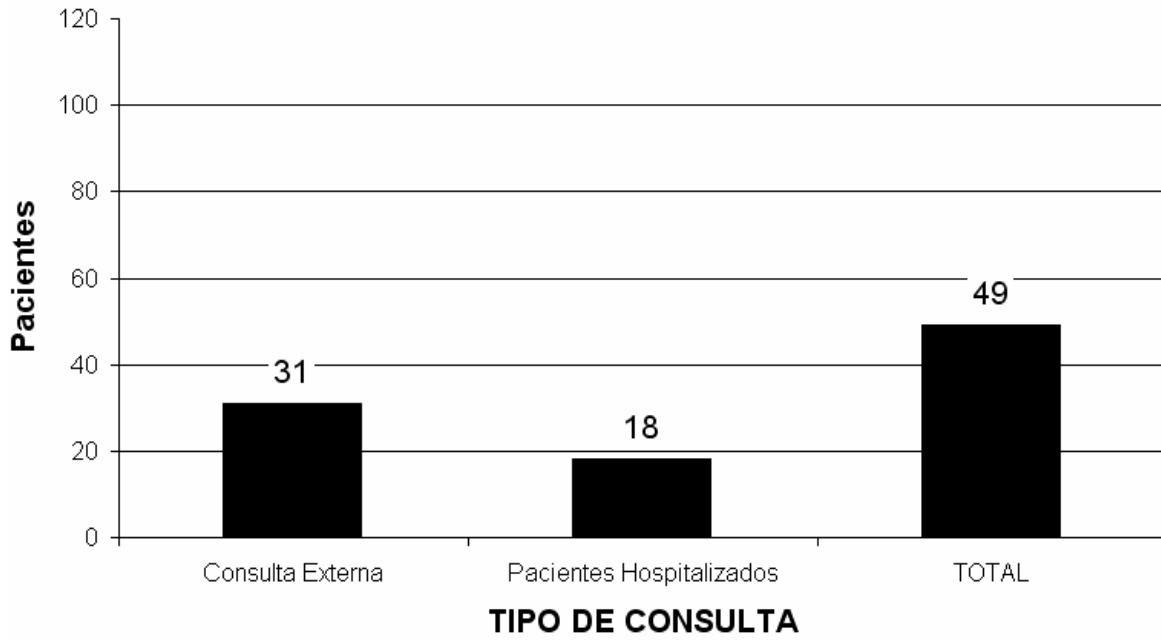
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
noviembre 2006**



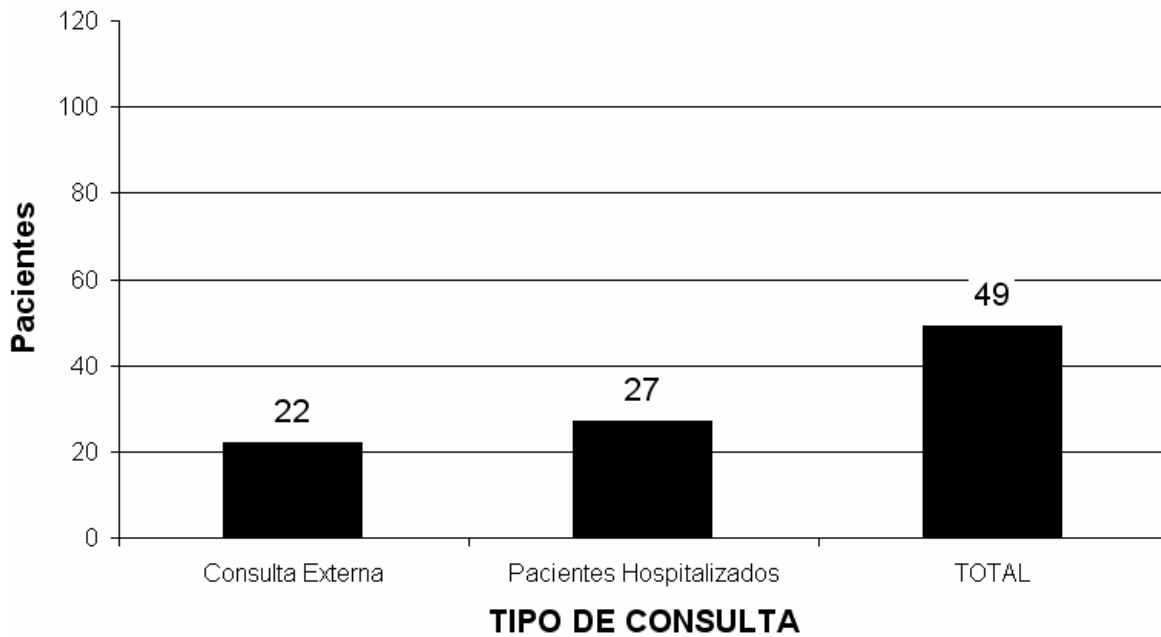
**Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor
diciembre 2006**



Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor enero 2007



Consultas de Psicología en la Clínica del Dolor febrero 2007



COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Al finalizar el segundo año de residencia se reafirmaron un sin fin de habilidades y conocimientos con los que el psicólogo puede desenvolverse en un ambiente hospitalario y brindar tratamiento de calidad a los pacientes que así lo requieran; las competencias alcanzadas y reafirmadas fueron:

CONOCIMIENTOS EN MEDICINA CONDUCTUAL

- Actualización sobre la psicología en pacientes con dolor crónico.
- Conocimientos médicos relativos al dolor crónico.
- Práctica continua de técnicas Cognitivo-Conductuales.
- Elaboración de notas clínicas en expedientes médicos.
- Familiarización con la bibliografía pertinente para el conocimiento de intervenciones psicológicas y médicas relativas al dolor crónico.

HABILIDADES APRENDIDAS

- Capacidad de realizar investigaciones aprobadas por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos.
- Presentaciones orales en congresos nacionales e internacionales.
- Habilidades clínicas con los pacientes (crear alianza terapéutica).
- Creación y adecuación de intervenciones psicológicas para cada paciente.
- Capacidad de adaptación al ambiente hospitalario.
- Apego a las normas hospitalarias.
- Trabajo interdisciplinario en conjunto con médicos, trabajo social y enfermería.
- Ética en el ejercicio de la práctica profesional.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Un año de práctica profesional dentro de la Clínica del Dolor del INCMNSZ enriqueció de manera importante la formación dentro de la maestría, debido a que dentro de dicho servicio se le da un peso importante al trabajo psicológico y por lo tanto las reglas y exigencia son las mismas para todos el equipo de salud que forma parte del servicio.

El equipo de salud se encontraba constantemente en comunicación con respecto a los pacientes e incluso, a veces se brindaba consulta al paciente con dolor crónico y de cuidados paliativos de manera conjunta lo cual ayudó a formar un equipo unido por medio de respeto y apoyo entre los miembros de la clínica del dolor.

El apoyo brindado por el jefe de servicio, impulsó al equipo de la clínica del dolor a interesarse por el trabajo del psicólogo en los pacientes de dicha clínica, lo cual, me llevó al compromiso de generar respeto hacia el área psicológica y dejar en alto el nombre de la Maestría en Medicina Conductual.

Cubrir todas las necesidades del servicio por dos psicólogas resultó un tanto difícil debido a las diferentes actividades que se tienen que realizar, y aunque se logró cubrir las expectativas que el jefe de servicio tenía, se sugiere en posteriores rotaciones la presencia de más residentes dentro de dicho servicio.

El apoyo de la supervisora *in situ* fue indispensable, ya que fungió además como motivadora para la realización de todas las actividades que el servicio demandaba, a pesar de que la Lic. Sofía Sánchez Román maneja la terapia de corte psicoanalítico, tiene un amplio conocimiento sobre la terapia cognitivo-conductual por lo que sus comentarios, asesorías y sugerencias eran muy adecuadas para el trabajo clínico, en cuanto a la teoría Cognitivo-Conductual se manejaba más a fondo con el Mtro. Fernando Vazquez Pineda, por lo que considero que las supervisiones académicas con las que se contaron en la rotación fueron excelentes.

La realización de una bitácora sobre todos los trabajos realizados durante los años pasados de residencia, sería de gran interés para los residentes que ingresan por primera vez al servicio ya que tendrían conocimiento de los trabajos realizados anteriormente y se podría dar continuidad a las investigaciones. Además, serviría a los nuevos residentes a comenzar el protocolo de investigación de una manera temprana y así se podrían recabar datos de una cantidad mayor de pacientes.

Para la evaluación de pacientes con dolor crónico se utilizó la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), el cual fue diseñado como un instrumento de detección de trastornos ansiosos y depresivos que pudiera ser utilizado en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Debido a que no está contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente, ya que ninguno de los reactivos hace referencia a síntomas somáticos, los resultados de depresión y ansiedad pudieran ser más certeros debido a la sintomatología física que presentan los pacientes con dolor crónico y en cuidados paliativos.

Se sugiere realizar protocolos de investigación y tratamiento dirigidos a los cuidadores primarios, ya que tienen una gran influencia en el estado anímico de los pacientes y aunque durante la rotación se realizó una investigación al respecto es necesario que la psicología se integre más a dicho campo.

La Clínica del Dolor del INCMNSZ es una excelente sede para realizar el segundo año de residencia en Medicina Conductual, ya que ofrece el apoyo y la estructura necesaria para que el residente obtenga la mayor cantidad de habilidades y conocimientos que lo enriquezcan para su formación profesional y exige profesionalismo para la realización de todas las actividades académicas, clínicas y profesionales.

ANEXO 1

5.-Si pudiera decir cómo me siento ahora diría que me siento:

- | | |
|--------------|-------------------|
| a) Tranquilo | b) Alegre |
| c) Triste | d) Nervioso |
| e) Enojado | f) Desesperanzado |

6.-Lo que yo espero de la consulta de la clínica del dolor es: _____

SUCESOS VITALES DE IMPORTANCIA

7.- De las siguientes características marque con una cruz cuáles se aplican a usted.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales en contra de su voluntad | <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> Consumo frecuente de alcohol | <input type="checkbox"/> Severamente maltratado |
| <input type="checkbox"/> Consumo frecuente de drogas | <input type="checkbox"/> Fuertes creencias religiosas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida no superada de un ser querido | |

LOCUS DE CONTROL

8.- ¿Cuál es su principal preocupación?

9.- ¿Cuál es la causa de sus problemas?

10.- Marque con una cruz la respuesta con la que más se identifique.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Soy responsable de mi estado de ánimo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Dios me mando estos problemas | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Mi situación depende de la suerte | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Los demás son responsables de mi estado de ánimo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Mi dolor depende de los médicos | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Puedo hacer algo para controlar mi dolor | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

11. En las siguientes oraciones marque el grado de desacuerdo o acuerdo que tiene con cada una de ellas.

1. Desacuerdo total 2. En desacuerdo 3. Neutral 4. De acuerdo 5. Acuerdo total

Tengo que ser amado (a) y aceptada por toda la gente que es importante para mí	1	2	3	4	5
Tengo que ser totalmente capaz de lograr cualquier cosa	1	2	3	4	5
Cuando alguien ofende debe ser culpado	1	2	3	4	5
Es terrible cuando las cosas no salen como yo espero	1	2	3	4	5
Tengo poca capacidad para controlar mis problemas	1	2	3	4	5
Si algo parece peligroso debo preocuparme	1	2	3	4	5
Es más fácil evitar los problemas que intentar resolverlos	1	2	3	4	5
Las personas y las cosas deberían funcionar mejor	1	2	3	4	5
Debo encontrar soluciones perfectas a los problemas	1	2	3	4	5
Puedo ser feliz pasivamente, sin necesidad de hacer nada	1	2	3	4	5

ASERTIVIDAD

12.- Evalúe el grado de relajación o comodidad en que generalmente se siente ante situaciones sociales:

1. Muy relajado
2. Relativamente relajado
3. Relativamente ansioso
4. Muy ansioso

13.- Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones y deseos a otros en forma directa y adecuada?

[si] [no]

14.- Me cuesta trabajo preguntarle al médico mis dudas

[si] [no]

15.- Me cuesta trabajo defender mis puntos de vista

[si] [no]

Entrevista elaborada por:

Psic. Tania Morales Vigil

Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo

ANEXO 2

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
AREA DE PSICOLOGÍA**

Nombre: A H J
Sexo: Masculino
Edad: 49 años
Escolaridad: Licenciatura
Residente: Hidalgo
Estado civil: Casado
Religión: Católica
No. de expediente: 58 73 17

MOTIVO DE CONSULTA:

Valoración psicológica de paciente en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico.

INSTRUMENTOS EMPLEADOS:

- Entrevista Estructurada para Trasplante Renal.
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT
- IDARE
- Escala de 16 factores de Personalidad 16 PF

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Se trata de paciente masculino de 49 años de edad, que ingresa a Protocolo de Transplante Renal de Donador Cadavérico en agosto de 2004, con edad aparente igual a la cronológica, durante la evaluación siempre se mostró cooperador, tranquilo, con facie relajada, presentándose en buenas condiciones de higiene y aliño.

Orientado en las tres esferas, no presenta alteración en el pensamiento, la atención, la concentración, el juicio y la memoria a corto y largo plazo, el paciente cuenta con un lenguaje fluido, coherente y congruente, y se muestra sin alteraciones del afecto.

EVOLUCIÓN:

El paciente se encuentra actualmente en Protocolo de Donador Cadavérico, tiene buena aceptación de la enfermedad después de la psicoeducación que le es proporcionada. Se realizaron sesiones para manejo de información acerca del trasplante, conocimiento de los medicamentos, control del estado de ánimo y adherencia terapéutica.

COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD:

El paciente conoce su diagnóstico y mantiene un locus de control interno ante su salud al estar consciente de que su salud depende en gran medida de sus autocuidados, está enterado de los procedimientos de un trasplante, aceptando el riesgo que implica la cirugía. Conoce las probabilidades de rechazo del injerto, no obstante esto no interfiere con sus deseos de ser transplantado. Tiene conocimiento de los cuidados postoperatorios (aislado, medicamentos, higiene, etc.).

MOTIVACIÓN PARA EL TRASPLANTE:

El paciente se encuentra motivado para el trasplante argumentando que tendría mejor calidad de vida y podría hacer actividades que ahora no puede. El trasplante le ayudaría a cuidar mejor de sus hijos. La decisión para transplantarse fue tomada por iniciativa propia sin la influencia de persona alguna.

RELACIÓN FAMILIAR:

La familia del paciente la conforma su esposa (segundo matrimonio) y su hijo de 8 años en la familia se encuentran roles bien definidos y la esposa le ayuda a mantener una adecuada adherencia terapéutica.

RESULTADO DE LOS INSTRUMENTOS:

Escala de depresión de Beck: Depresión mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de ansiedad de Beck: Ansiedad mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal: Adecuada adherencia al tratamiento, sin contraindicación para el trasplante.

IDARE: Presenta ansiedad de estado y rasgo leve, sin contraindicación para el trasplante.

Inventario de personalidad 16 PF: Maduro, obediente, afectuoso, suspicaz, ingenuo, seguro de sí mismo, liberal, autosuficiente, impulsivo, sereno.

CONCLUSIÓN:

Con base a la información recabada se propone a **A H J** como candidato apto psicológicamente para someterse a un trasplante renal, pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometido y ha aceptado por su propia voluntad participar en el protocolo de trasplante.

Se le brindará apoyo psicológico en las fases pre y postoperatorias.

ATENTAMENTE

México D.F. a 7 de octubre de 2005

Psic. Tania Morales Vigil
R1 Medicina Conductual

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe de servicio de Psiquiatría

C. A H J
Paciente

ANEXO 3

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

TIEMPO DE TRASPLANTADO _____

SEXO: _____ **ESCOLARIDAD:** _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" el espacio que corresponda a su respuesta, recuerde que mientras más grande el cuadro más de acuerdo esta usted con la afirmación.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 Rechazaré mi riñón si tomo pocos líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Rechazaré mi riñón si evito ir al médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Rechazaré mi riñón si sigo la guía de alimentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Rechazaré mi riñón si como lo que sea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Rechazaré mi riñón si olvido tomar mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Rechazaré mi riñón si evito los alimentos salados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Rechazaré mi riñón si me automedico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Rechazaré mi riñón si tomo medicamentos que no me son permitidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Rechazaré mi riñón si acudo a mis citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Rechazaré mi riñón si purifico el agua que bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Una persona con un riñón transplantado tiene más probabilidades de:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11 Desarrollar cáncer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Enfermar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Contraer infecciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Desarrollar osteoporosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Desarrollar caries dental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4



MANUAL DE TRASPLANTE RENAL

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

**Lic. en Psicología Tania Morales Vigil
Dr. Victor Hugo Portilla
Dr. Edgar R. Benítez Cejudo
Dr. Andrés F. Bazán Borges**

MANUAL DE TRASPLANTE RENAL

1) INTRODUCCIÓN

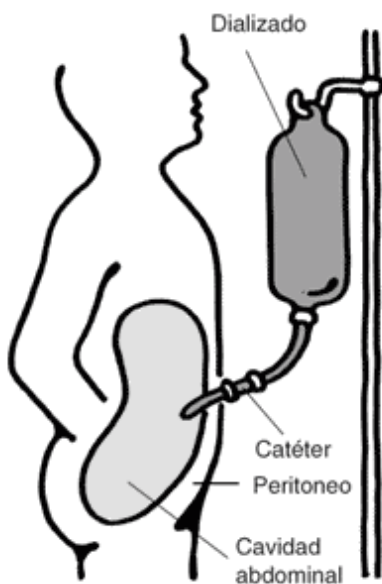
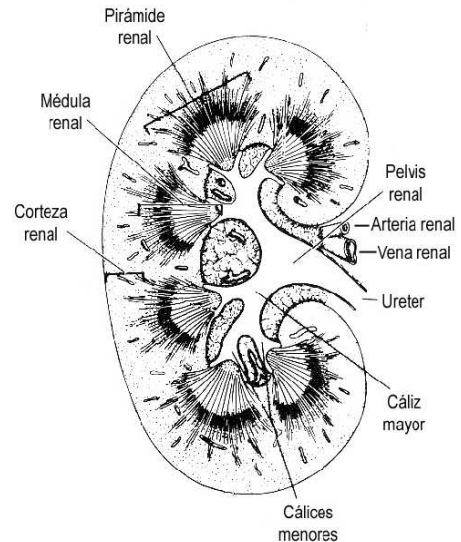
Este manual te ayudará a responder todas aquellas preguntas que surgen antes y después de un trasplante de riñón, por lo que leyendo este material, ya estas haciendo algo por tu salud ¡Sigue adelante!

2) EL RIÑÓN

El cuerpo humano tiene dos riñones que filtran la sangre expulsando las sustancias de desecho y el exceso de sales, regulando el equilibrio de los líquidos en el cuerpo; de este filtrado producen la orina, que es llevada desde los riñones hasta la vejiga por un par de tubos llamados ureteres. Luego, la orina se expulsa por un tubo llamado uretra.

La Enfermedad Renal Terminal (ERT) se diagnostica cuando se presenta un mal funcionamiento del riñón acumulando sustancias dañinas y perdiendo sustancias útiles para el cuerpo. Entre los síntomas que se presentan en la ERT se encuentran: orinar menos veces y menos cantidad, amanecer con la cara y párpados hinchados, fatiga, ganas de vomitar y pérdida de apetito.

Existen tres tratamientos para dicha enfermedad:



- **DIÁLISIS PERITONEAL:** Los médicos colocan en el vientre del paciente un tubo de plástico para pasar líquido al interior, se deja el líquido por unos momentos dentro del cuerpo y posteriormente este líquido se saca. Así es como se liberan los desechos que los riñones ya no pueden eliminar.
- **HEMODIÁLISIS:** Se filtra la sangre en una máquina, el procedimiento dura entre dos o cinco horas y se realiza tres veces a la semana aproximadamente.
- **TRASPLANTE:** El trasplante de riñón consiste en colocar el riñón de otra persona (donador) en el cuadrante inferior derecho o izquierdo del abdomen del paciente (receptor), con la finalidad de que este nuevo riñón filtre la sangre y elimine las sustancias tóxicas en el cuerpo.

3) PROTOCOLOS DE TRASPLANTE

En el Hospital Juárez de México existen 2 protocolos de trasplante renal:

- PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO RELACIONADO (PTRDVR)

Es el protocolo en el cual ingresan los pacientes con ERT que desean trasplantarse y cuentan con uno o varios posibles donadores de riñón. En función de lo que marca la legislación de salud en México, estos posibles donadores pueden ser familiares directos del paciente (hermanos, padres, hijos, primos, etc.) o emocionalmente relacionados (esposo/a, amigos).

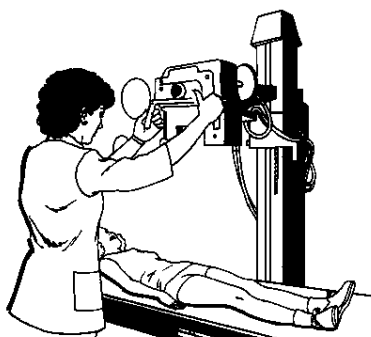


- PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL DE DONADOR CADAVERICO (PTRDC)

Es el protocolo en el que ingresan todos aquellos pacientes con ERT que desean trasplantarse y que no cuentan con un posible donador de riñón.

El primer contacto con el Servicio de Trasplante Renal se puede deber a que el médico nefrólogo (especialista en el funcionamiento de los riñones) refiere al paciente. Otra vía, es la consulta directa con los especialistas de Trasplante Renal. Antes de comenzar cualquier protocolo de trasplante se hace una plática de primera vez en la que asisten el equipo de trasplante renal (médicos, psicología y trabajo social) quienes se presentarán u explicarán los puntos importantes del proceso de trasplantes para que los comprendan tus familiares y tú, por lo que es importante que le comuniques a todas las personas interesadas en tu salud que asistan a dicha plática. Con la trabajadora social del servicio de trasplante renal podrás concertar la fecha y hora de tu plática de primera vez. Posteriormente, cada uno de los especialistas que integran el equipo de trasplante te citará de forma independiente para comenzar con el protocolo y realizarte los estudios necesarios para garantizar que tanto receptos como donador (en caso de haberlo) reúnen las características necesarias para tener un trasplante exitoso.

ESTUDIOS MÉDICOS



Fase I: Estudios de laboratorio (sangre, orina y cultivos).

Fase II: estudios de gabinete (estudios de Rayos "X" o de ultrasonido que facilitan que los médicos vean las estructuras internas de tu cuerpo con la finalidad de ver si existe alguna anomalía, para esta fase será necesario que seas internado en el hospital durante algunos días).

Fase III: Son aquellas valoraciones que te realizarán diferentes servicios dentro del hospital: Oftalmología (ojos), Maxilofacial (dientes), Otorrinolaringología (oídos, nariz y garganta) Urología (sistema urinario), Neumología (pulmones), Ginecología (aparato reproductor femenino), Cardiología (corazón), Anestesia (evitar el dolor), Nefrología (riñones). Para esta fase será necesario que seas internado en el hospital durante algunos días.

ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

El psicólogo del servicio te aplicará la Entrevista Estructurada para Trasplante Renal con la finalidad de detectar algunos elementos necesarios que te ayuden a llegar en mejores condiciones psicológicas al trasplante, además, te aplicará una serie de pruebas psicológicas con las que valorará de manera objetiva tu personalidad, estado de ánimo, capacidad de comprensión, etc. El psicólogo creará un plan de tratamiento dependiendo de tus características y necesidades.

ESTUDIOS DE TRABAJO SOCIAL

La trabajadora social realizará una serie de entrevistas para conocer tu situación social, principalmente en cuanto a las características de tu vivienda, ya que un paciente trasplantado requiere de condiciones específicas en el hogar, como son: buenas condiciones de higiene, iluminación, ventilación, de preferencia uso exclusivo de dormitorio y baño para el paciente.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN TRASPLANTE DE DONADOR VIVO RELACIONADO

Una vez realizados todos los estudios médicos, psicológicos y sociales, se cita un subcomité conformado por médicos especialistas quienes discuten los resultados de los estudios, esto permite hacer las aclaraciones necesarias. Cuando todo está aclarado se cita a un comité conformado por expertos en trasplantes y bioética donde se comenta el caso y se fija la fecha del trasplante.



PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN TRASPLANTE DE DONADOR CADAVERÍCO

El procedimiento para ingresar a la lista de espera para un trasplante de donación cadavérica es el siguiente, una vez realizados todos los estudios médicos, psicológicos y sociales, la Coordinación del Servicio de Trasplante Renal aprueba la inscripción del paciente a la lista de espera local (Hospital Juárez de México) y por lo tanto se inscribe a la lista federal (Centro Nacional de Trasplantes CENATRA). Es importante que sepas que solamente puedes estar inscrito en una lista local y que el Hospital Juárez de México es uno de los hospitales en donde se realizan más trasplantes de donación cadavérica en México. El tiempo de permanencia de un paciente en lista de espera es variable. Influyen múltiples variables como el grupo sanguíneo, la edad, tamaño corporal, evolución de su

enfermedad y por su puesto la antigüedad en la lista. Tanto los candidatos a receptores como el donador se estudian minuciosamente por lo que todo se decide unas horas antes del trasplante.

Mientras estés en la lista de espera deberás asistir a tu chequeo mensual (último lunes de cada mes) en el cual pasarás a valoración médica, psicológica y social con la finalidad de evaluar si te encuentras apto para permanecer en la lista de espera para el mes, sin embargo, en caso de que no te encuentres apto recuerda que podrás reingresar el siguiente mes.



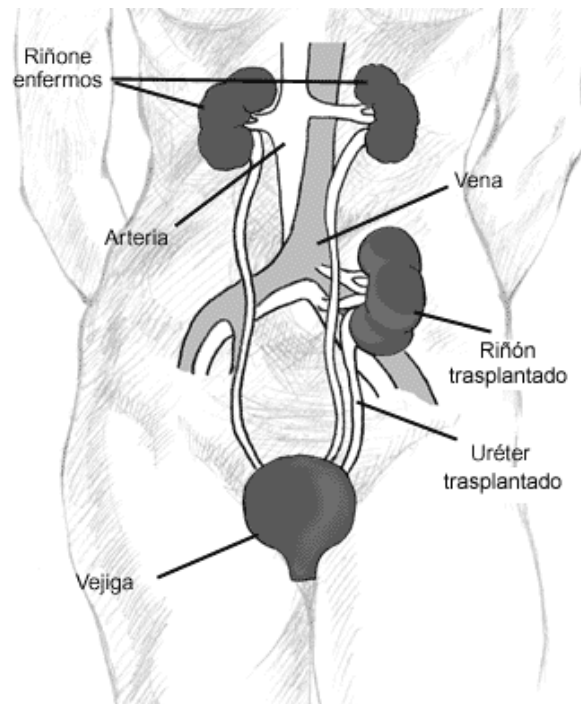
El ingreso de un paciente a la lista de espera requiere de un gran esfuerzo tanto del equipo de trasplantes como del propio paciente por lo que una vez que hayas ingresado a la lista es importante que estés localizable, ya que el trasplante de donador cadavérico representa una cirugía no planeada y de urgencia que se puede llevar a cabo en cualquier día a cualquier hora.

4. El Trasplante de Riñón

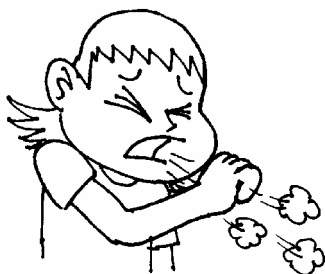
En el caso del trasplante de donador vivo relacionado, uno o dos días antes del trasplante ingresarás al hospital para la realización de los estudios preoperatorios, a veces, en estos días se administrarán sesiones de diálisis o hemodiálisis con el fin de prepararte para la cirugía. Debido a que cada organismo es distinto, la duración de cada cirugía es variable.

El porcentaje de éxito que tiene un trasplante de donador vivo relacionado es de 95%, mientras que el porcentaje de éxito de un trasplante de donador cadavérico es de 85%.

El equipo de trasplante se pondrá en contacto con tus familiares al terminar la cirugía.



Después de la cirugía pasarás a un cuarto de aislamiento ubicado en el Servicio de Trasplante Renal, el tiempo de tu estancia depende de tu evolución, puedes estar hospitalizado desde una semana, quince días, hasta un mes; recuerda que lo importante es que salgas bien y no el tiempo que permanezcas hospitalizado. Durante este periodo solamente te visitarán las enfermeras, médicos y psicólogos quienes estarán al pendiente de tus necesidades, sin embargo podrás comunicarte con tus familiares por medio de un interfono. Antes de ser dado de alta, el equipo de enfermería te brindará la información sobre tus cuidados postoperatorios.



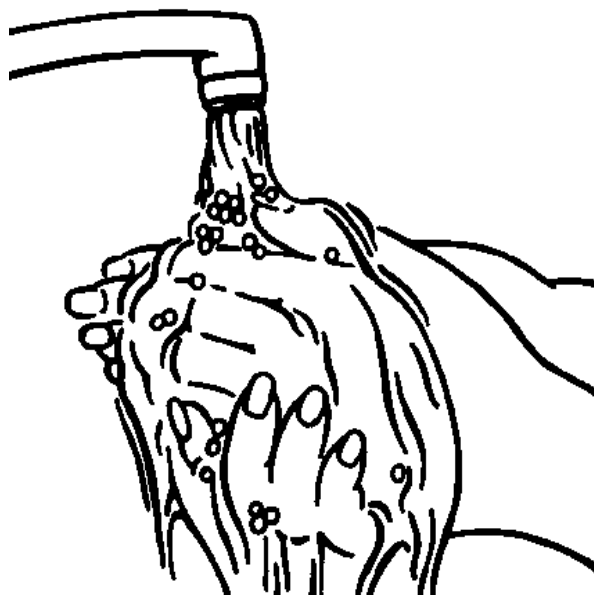
5. Inmunosupresión

El sistema inmune ataca a los agentes extraños (virus, bacterias, hongos) que invaden nuestro cuerpo. Pero, ¿qué ocurre cuando nuestro cuerpo necesita de “un agente extraño” para recuperar la salud perdida? Nos referimos a un riñón trasplantado.

El sistema inmune ataca con idéntica fuerza a los virus que al riñón trasplantado, por lo que es necesario disminuir o suprimir dicho sistema y esto se logra mediante medicamentos inmunosupresores (ciclosporina, prednisona, tacrolimus, azatioprina) los cuales, al disminuir las defensas evitan el rechazo del riñón, al mismo tiempo que incrementan la susceptibilidad a enfermedades infecciosas por lo cual debes seguir las conductas de autocuidado que se te enlistan a continuación.

6. Cuidados Postrasplante

- Permanecer en una habitación aislada en casa por dos meses.
- Tomar los medicamentos como el médico lo ha prescrito, pues en caso contrario el rechazo comienza inmediatamente.
- Asistir a las consultas médicas y en caso de sentir algún malestar (temperatura, dolor en la zona del injerto, cambios en la orina) visitar al equipo médico, no te automediques.
- Tomar de dos a tres litros de agua pura al día, recuerda que el agua debe ser siempre hervida o clorada.
- Seguir la guía de alimentación ¡evita comer en la calle!
- Lavarse la manos antes y después de ir al baño y para cocinar o comer.]
- Bañarse diario, con agua templada.
- Utilizar cubrebocas al salir a la calle.
- Evitar el contacto con personas portadoras de enfermedades contagiosas.
- Cuando el médico te lo indique hacer ejercicio (caminata tres veces a la semana).
- Deberás evitar las actividades que pongan en riesgo tu riñón: Deportes de contacto, motocicleta, montar a caballo, etc.



¡Recuerda que esta en ti la responsabilidad de cuidarte y mantener tu bienestar!

Para obtener más información puedes acudir al **Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México.**



Av. Instituto Politécnico Nacional
No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
Trabajo Social del Servicio de Trasplante Renal: **57-47-76-20**
Página Web del CENATRA: **www.cenatra.gob.mx**

7. Bibliografía.

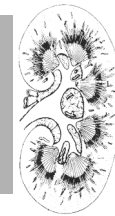
- Ruiz Maza Francisco, Cravioto Chong. Aspectos médicos del trasplante renal. Ruiz Speare. Trasplantes. Barcelona. Interamericana.
- Danovich GM. Trasplante Renal. 3°. Ed. Madrid España. Ed. Marbán.
- Registros de la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes del Hospital Juárez de México.
- Urbina GR, Bazán BA, Galindo TJ. Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México SS. Rev. Hospital Juárez de México; 72 (2): 69-74.
- López MJ, Bazán BA, Delgado M. et al. Pérdida del injerto renal en el trasplante renal: estudio comparativo donador vivo vs cadavérico. Rev. Hospital Juárez de México 2004; 71 (1): 14-17.
- Arroyo BR, Bazán BA, González GA, et al. Causas de defunción en el receptor de trasplante renal en el Hospital Juárez de México. Rev. Hospital Juárez de México 2002; 69 (2): 23-29.

ANEXO 5



ERT

Enfermedad Renal Terminal



Prepararme psicológicamente para el trasplante. Con el psicólogo conoceré el aislado, aprenderé a relajarme, a controlar mis emociones, terapia ocupacional.

← TRASPLANTE →

Realizarme los exámenes médicos pertinentes y evitar enfermedades (no comer en la calle, abrigarme, lavarme las manos, etc.)

Aplicar las técnicas aprendidas en psicología (relajación, terapia ocupacional) para controlar la tristeza o ansiedad. Tener paciencia pues los médicos decidirán el momento óptimo para darme de alta.

← AISLADO DENTRO DEL HOSPITAL →

(Desde una semana hasta un mes)

Seguir las indicaciones médicas, cooperar con las enfermeras (tomar agua, medicamentos, alimentos).

Hablaré con mi familia sobre lo que viví, comenzaré a planear mis actividades para cuando termine el aislamiento, para reanudar mis estudios o mi vida laboral.

← AISLAMIENTO EN CASA →

(Dos meses)

Al salir de alta deberé realizar una lista de los medicamentos y los horarios en los que los tomaré para organizarme mejor y no olvidar tomarlos. Seguir indicaciones médicas (exámenes médicos, agua, alimentación, higiene). Acudiré al médico en caso de algún malestar (fiebre, dolor en la zona del injerto, síntomas de gripe).

DISMINUIR PAULATINAMENTE EL AISLADO

Utilizar cubrebocas, abrigarme, no comer en la calle, tomar suficiente agua purificada.

DISMINUCIÓN PAULATINA DE VISITAS AL MÉDICO

Seguir sus indicaciones (tomar agua, exámenes médicos, higiene, ejercicio – caminata tres veces a la semana y evitar deportes de contacto).

CUALQUIER MOLESTIA HACER CITA MÉDICA

Tomaré mis medicamentos para siempre y debo tomarlos tal y como el médico me lo indique.

REGRESO A HOSPITALIZACIÓN

(Se puede deber a falta de autocuidado o a causas externas al paciente)

Seguir las indicaciones médicas, tener paciencia sabiendo que los médicos decidirán el momento óptimo para darme de alta.



ANEXO 6

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____

ESCALA SOBRE CONOCIMIENTOS Y MOTIVACIÓN DE CUIDADOS POSTRASPLANTE

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA:

1.- ¿Con cuántos riñones nace el ser humano?

2 3 6 5

2.- Los riñones eliminan el exceso de...

bilis grasa toxinas sangre

3.- Después de un trasplante renal ¿Qué medicamentos debe tomar el paciente?

antidepresivos inmunosupresores ansiolíticos aspirinas

4.- Debido a la toma de medicamentos, el paciente transplantado debe pasar por un periodo de...

actividad cuarentena aislamiento tranquilidad

5.- ¿Cómo se le llama al procedimiento que sirve para no sentir dolor durante la operación?

anestesia sedantes diálisis curación

6.- ¿Cómo funcionan los medicamentos inmunosupresores?

bajan las defensas quitan el dolor proporcionan vitaminas
disminuyen la temperatura corporal

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA "V" SI CONSIDERA QUE LA AFIRMACIÓN ES VERDADERA Y LA "F" SI CONSIDERA QUE LA AFIRMACIÓN ES FALSA:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Para los donadores, un solo riñón puede compensar el funcionamiento de los dos riñones. | V | F |
| 3. Dosis mal administradas de los medicamentos no afectan al paciente. | V | F |
| 4. Existe hasta un 95% de probabilidad de éxito en el Protocolo de Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado. | V | F |

5. Los pacientes ya transplantados tienen muy pocas restricciones en su dieta. V F

6. Los pacientes en lista de espera para trasplante de cadáver deben acudir al Hospital Juárez de México una vez al mes. V F

7. Los pacientes trasplantados tienen mayor riesgo de enfermarse. V F

ESCRIBA SU RESPUESTA EN LAS LINEAS DEBAJO DE CADA PREGUNTA.

1. ¿Qué especialistas integran el equipo de trasplante?

2. ¿Cuánto tiempo dura el aislamiento postrasplante en el hospital?

3. ¿Cuánto tiempo dura el aislamiento en casa?

4. ¿Cuáles son los síntomas de rechazo del injerto?

5. Señala al menos tres efectos secundarios de los medicamentos inmunosupresores.

Marque con una "X" el espacio que corresponda a su respuesta dependiendo qué tan de acuerdo está usted con la afirmación.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 Seré capaz de seguir las indicaciones del médico al pie de la letra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Estoy dispuesto a asistir al médico a menudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Me siento capaz de evitar alimentos contaminados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 No olvidaré tomar mis medicamentos postrasplante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mi salud después del trasplante depende en gran medida de mis cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Me siento motivado a cuidarme después del trasplante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Cuando me sienta mejor podré dejar los medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sé cómo preguntarle a los médicos mis dudas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Es muy difícil que yo siga las indicaciones de un médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Tengo buenas ideas que me ayudarán a cumplir con mis cuidados postrasplante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, L. (1995). El Modelo de Acción Razonada como Predictor del Uso del Condón en Adolescentes y Factores Psicosociales Asociados al Contagio del VIH. Tesis de Maestría, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Asghari, A. y Nicholas, M. (2006) Personality and Pain-Related Beliefs/Coping Strategies: A Prospective Study. *Clinical Journal of Pain*. Vol. 22 (1).
- Baltes, P. (1985) Psicología evolutiva del ciclo vital. Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría. En Marchesi A. et al (Eds): *Psicología Evolutiva*, tomo 1. Madrid: Alianza.
- Banks, S. y Kerns, R. (1996) Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*; 119: 95-110.
- Barotfi, A., Szabolcs, J., Molnar, C., Miklos, A., Almasi, R., Csilla, A., Kovacs, A. y Agnes, Z. (2006) Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 60(5), 495-504.
- Barsky, A. y Klerman, G. (1983) Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140: 273-83.
- Bazako, E. (2003) Intervención psicológica en una unidad de dolor. En: Remor E, Arranz P, Ulla S. (Eds.) *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bermúdez, J. y Pérez, A. (1989) Análisis procesal de la personalidad. En: Ibáñez E, Pelechado V (Coords): *Personalidad*. Madrid: Alhamabra.
- Bourgeois, M., Peyre, F., Verdoux, H. y Paulhan, I. (1990) Kidney and liver transplantations: Medico-psychological aspects. *Annales Medico-Psychologiques*, Vol 148(1), 89-96.
- Bradley, L. (1996) Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In Gatchel RJ, Turk DC (Eds). *Psychological approaches to pain management*. New York: Guilford.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Traducción : Mariana Díaz. Madrid: Paraninfo.
- Breu-Dejean, N., Sudres, J., Roge, B. y Rostaing, L. (2003) Impacts after renal transplant on psychological-social adjustment. *Annales Medico-Psychologiques*. Vol 161(2), 132-138.
- Brickman, A. Y Yount, S. (1996). Noncompliance in end-stage renal disease. A threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(4), 399-412.
- Brown, G. y Harris, T. (1978) Social origins of depression; A reply. *Psicol. Med*, 8: 577-588.
- Brown, G., Harris T. y Hepworth C. (1995) Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychol Med*, 25: 7-21.
- Buchanan, D. y Abram, H. (1989). Psychological adaptation to hemodiálisis. En Moss, R. (Ed.) *Doping with physical ions 2: new perspectivas*. Nueva York: Plenum Medical.

- Burns, J., Johnson, B., Mahoney, N., Devine, J. y Pawl, R. (1998) Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain. *J Clin Consult Psychiatry*, 66: 434-39.
- Caballo, V. (1996) Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993) Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Carlson, N.R. (1999). *Fisiología de la Conducta*. Ariel: Barcelona.
- Cook, A., Brawer, P. y Vowles, K. (2006) The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain* (121), 195-206.
- Cornwall, A. y Doncleri, D. (1988) The effect of experimental induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain*, 35: 105-113.
- Covarrubias, A. y Guevara, U. (2006) “¿Que son las clínicas del dolor?”. *Revista Digital Universitaria*, Vol. 7, No. 4.
- Dersh, J., Polatin, P. y Gatchel, R. (2002) Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations. *Psychosomatic Medicine* 64: 773-786.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980) *Terapia Racional Emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Editorial Pax México.
- Esquinca, J. (1989) Frecuencia de depresión y ansiedad en el embarazo de alto riesgo en embarazo normal. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Depto. Psiquiatría. UNAM.
- Fishbain, D. (1999) Approaches to treatment decision for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Medical Clinics of North America*, 83:737-760.
- Fishbain, D., Goldberg, M., Steeler, J. y Rosomoff, H. (1988) Compensation and non-compensation chronic pain patients compared for DSM-III operational diagnosis. *Pain*, 32: 197-206.
- García, R. (1992) Frecuencia de depresión y ansiedad en el paciente farmacodependiente. Tesis de Maestría. Facultad de Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM.
- Gatchel, R. (1996) Psychological disorders in chronic pain. In Gatchel RJ, Turk DC (Eds). *Psychological approaches to pain management*. New York: Guilford.
- Graff-Guerrero A, López-Avila A, Pellicer F, García-Marín J y Heinze G. (2001) En: *The Pain in Psychiatric Patients: Cause or effect?* American Psychiatric Association, Annual Meeting, Nueva Orleans.
- Grotle, M., Vollestad, N., Veierod, M. y Brox, J. (2004) Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain* (112), 343-352.
- Gulla, E. y Bozena, A. (2006) Psychological aspects of heart transplantation. *Psychiatria Polska*. Vol 40(2) 323-334.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (1998) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

- IASP (1979) Subcommittee on Taxonomy: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 6: 249-252.
- International Association for the Study of Pain (1995). *Pain*, 63:277-278.
- Karlin, B., Creech, S., Grimes, J., Clark, T., Meagher, M. y Morey, L. (2005) The personality assessment inventory with chronic pain patients: psychometric properties and clinical utility. *J Clin Psychol*; 61: 1571-85.
- Katon, W. (1996) The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp. Psychiatry*, 18: 215-219.
- Katon, W., Egan, K. y Millar, D. (1985) Chronic pain: lifetime psychiatric diagnosis and family history. *American Journal of Psychiatry*, 142: 1156-60.
- Katon, W. (1984) Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *American Journal of Medicine*, 77:101-106.
- Keefe, F. (1982) Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 50: 896-911.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rascle, N. y Bruchon-Schwitzer, M. (2006) Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain*. 10 1-11.
- Lara, M., Navarro, C. y Navarrete, L. (2004) Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 46: 378-386.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997) *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Loeser, J. (2003) *Terapéutica del Dolor*. Vol. 1. México: Mc Graw Hill.
- Long, C. (1989). *Renal Care*. En Broome, A. (Ed.) *Health Psychology*. Nueva York: Chapman and Hall.
- López-Alvarenga, J. (2002) Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and depression scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54 (5).
- López, C. (1999). *Estilos de Enfrentamiento y Percepción de Riesgo hacia el SIDA en adolescentes*. Tesis de Maestría, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lutgendorf, S., Antoni, M., Ironson, G. y Starr, K. (1998) Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus(HIV) seropositive gay men. *Psychosom Med*, 1. Vol. 60 No. 2: 204-214.
- Magni, G., Candieron, C., Rigatti-Luchini, S. y Merskey, H. (1983) Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population: an analysis of the first national and nutrition examination survey data. *Pain*, 16: 201-6.
- Matarazzo, J. (1985). *Behavioral Health*. Washington: Wiley Interscience Publication.

- McDonald, D. y Molony, S. (2004) Postoperative pain communication skills for older adults. *Western J Nurs Res*. Vol. 26 :836-852.
- Mejía, J. (1988) Diagnóstico de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en un programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Tesis de Maestría. Facultad de Medicina. Depto. Psiquiatría, UNAM.
- Melzack, R. (1992) Phantom limbs. *Sci American*, 266: 120-26.
- Melzack, R. y Turk, D. (1992) *Handbook of pain assessment*. Washington: The Guilford Press.
- Melzack, R. y Wall, F. (1983) *The Challenge of Pain*. N. York. Babio Booko.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999) *La Entrevista Motivacional*. México: Paidós.
- Olbrisch, M. y Benedict, S. (2002) Psychological Assessment and Care of Organ Transplant Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70, No. 3, pags. 771-783.
- Ortigosa, M., Quiles, M. y Mendez, P. (2003) *Manual de Psicología de la Salud con Niños y Adolescentes y Familia*. Madrid: Pirámide.
- Oviedo, M. (2001). Factores de Riesgo, Sintomatología y Personalidad Relacionados con la Diabetes Mellitus no Dependiente de Insulina. Tesis de Maestría, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1987). *Psicología*. Mc Graw Hill. España
- Paykel, E. (2003) Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*; 108 (Suppl 418): 61-66. Jenaway A. Paykel ES. Life events and depression. En: Honing A, van Praga HM. *Depression: Neurobiological and therapeutic advances*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Penzo, W. (1989) *El Dolor Crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Plata, M., Castillo, M. y Guevara, U. (2004) Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27: 16-23.
- Ramchandani, D. (2006) Psychiatric assessment of living organ donors for renal transplantation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol 70(4), 283-294.
- Ravindran, A., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z. y Anisman, H. (2001) Stress coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord*, 71: 121-130.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción (3ª. Edición)*. Mc Graw Hill: México.
- Rojas, G. (1991) Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de depresión y ansiedad para hospitales generales (HAD). Tesis de Maestría. Facultad de Medicina. Depto. Psiquiatría, UNAM.
- Rojo-Moreno, L., Livianos-Aldana, L., Cervera-Martínez, G., Domínguez-Carabantes, J. y Reig-Cebrian, M. (2001) The role of stress in the onset of depressive disorders. A controlled study in a Spanish clinical sample. *Social Psychiatric Epidemiology*, 37: 592-598.
- Rosenweig, M. R. y Leiman, A. L. (1992), *Psicología Fisiológica*. Mc Graw Hill: Madrid.

- Salgado de Zinder, V. (1992) El impacto social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3: 83-98.
- Sansone, R., Pole, M., Dakroub, H. y Butler, M. (2006) Childhood Trauma, Borderline Personality Symptomatology, and Psychophysiological and pain Disorders in adulthood. *Psychosomatics* 47:2.
- Shadish, W., Hickman, D. y Arrick, M. (1981) Psychological problems of spinal cord patients: Emotional distress as a function of time and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981; 49: 287.
- Sistema Único de Información. (2006) Epidemiología. Secretaría de Salud. No.36 Vol.23 Semana 36.
- Snyder, D. (1990) Assessing chronic pain with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). In Miller TW (Ed.). *Chronic pain*. Madison, CT: International Universities Press.
- Sternbach, R. (1978). *The Psychology of Pain*. Raven Press.
- Sullivan, M. Y Katon, W. (1993) Somatization: the path between distress and somatic symptoms. *American Pain Social Journal*, 2: 141-49.
- Symister, P. Y Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment renal disease: health psychology perspective. En Resnick, R. Y Rozensky, R. *Health psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington: American Psychological Association.
- Taylor, J. y Black, M. (2006) Transplant Kidneys and Interpersonal Coercion. *Journal of Medical Ethics*. Vol 32(12), 698-701.
- Terán, D., Ruiz, J., Estrada, G., Barajas, L. Y Díaz, A. (2001). Anxiety and depression among renal transplantation candidates: impact of donor availability. *Actas 1: Esp Psiquiatr*, 29(2), 91.
- Turk, D., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983) *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Turk, D. y Melzack, R. (1992). *Handbook of Pain Assessment*. The Guilford Press.
- Turk, D. (1987) Pain and Depression. *Pain management*, 1:17-26.
- Turner, J., Jensen, M. y Romano, J.(2000) Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* (85), 115-125.
- Urbina, R., Bazán, A. y Galindo, J. (2005) Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México, S.S. *Revista del Hospital Juárez de México*, 72 (2), 69-74.
- Viaeyen, J. W. S. y Crombez, G. (2001). Multidimensional assessment of pain. En A. Bingueroles (Ed.) *Assessment in Behavioral Medicine*.
- Wainwright, S., Fallon, M., y Gould, D. (1999) Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*; May99, Vol. 8 No. 3.
- White, A. C. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*. John Wiley & Sons, Ltd: Nueva York.

- Zarifian, A. (2006) Symptom occurrence, symptom distress, and quality of life in renal transplant patients. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 33. No. 6.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.