



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA, ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD /
DEPRESIÓN EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE
HEPÁTICO.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. HAYDEÉ RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL: DR. ARIEL VITE SIERRA

DRA. JUDITH GONZÁLEZ SÁNCHEZ

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por guiar mi camino, dotándome de las herramientas necesarias para lograr las metas propuestas y la fortaleza para levantarme y continuar, poniendo en mi vida a angelitos que están al pendiente de mí y me cuidan en cada momento.

A MIS PADRES: Por ser los angelitos mayores, quienes se preocupan por mí y me dan todo su amor.

A MI HERMANA: Por ser esa compañera de viaje quien a pesar de todo, sigue mis consejos, me sabe todas mis debilidades y aún así, me quiere.

A MIS PROFESORES: Con los cuales reforcé conocimientos, adquirí nuevos y me fortalecí como profesionista, con la obligación moral de llevarlos a cabo de la misma manera.

A LOS MÉDICOS ADSCRITOS, RESIDENTES Y PERSONAL DE SALUD: Que con su experiencia y amabilidad me enseñaron el trabajo humano con el paciente, a afrontar el dolor y la muerte como manera natural de la vida y a retroalimentarse con cada uno de ellos con sus vivencias para fortalecimiento propio. Sin olvidar los momentos divertidos y amenos que se pueden vivir mientras se trabaja.

A MIS AMIG@S: Quienes hicieron de este proceso momentos muy gratos, divertidos donde el trabajo y las experiencias vividas en el hospital las compartíamos, desde algunas intervenciones en crisis hasta torneos de basquetbol ganados, que nos fortificaron tanto profesional como personalmente.

A LOS PACIENTES: Quienes a pesar de su dolor y vivencia de la enfermedad, lograban ver aspectos positivos así como confiar y compartir éstas a pesar de las distancias y tiempos que tenían que recorrer.

A TODOS ELLOS:

¡¡¡ GRACIAS !!!

ÍNDICE

Resumen, 1

Abstract, 2

Introducción, 3

“Evaluación de calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad / depresión en pacientes candidatos a trasplante hepático”.

Antecedentes, 12

Método, 18

Definición del problema, 18

Pregunta de investigación, 18

Justificación, 18

Hipótesis, 19

Objetivos, 20

Diseño del estudio, 21

Procedimiento, 21

Tipo de Muestreo, 22

Mecanismo de asignación del tratamiento, 22

Criterios,

Inclusión, 22

Exclusión, 22

Eliminación, 23

Variables, 23

Análisis estadístico, 27

Resultados, 27

Conclusiones, 43

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Hospital Juárez de México

Servicio de Trasplantes

Características del Hospital Juárez de México (HJM), 52

Servicio de Trasplantes, 53

Actividades realizadas, 55

De apoyo psicológico, 57

Académicas, 66

Profesionales no programadas, 69

Población atendida durante la rotación, 71

Estadísticas, 72

Asistencia a eventos académicos, 74

Evaluación del sistema de supervisión, 75

Competencias profesionales alcanzadas, 75

Conclusiones y sugerencias, 77

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición “Salvador Zubirán”

(INCMNSZ)

Servicio de Trasplantes

Características del Instituto, 79

Servicio de Trasplante Hepático y Psicología, 80

Actividades realizadas, 82

De apoyo psicológico, 82

Académicas, 85

Profesionales no programadas, 87

Población atendida durante la rotación, 88

Estadísticas, 88

Asistencia a eventos académicos, 91

Evaluación del sistema de supervisión, 91

Competencias profesionales alcanzadas, 91

Conclusiones y sugerencias, 93

Referencias, 96

ANEXOS

1. Reporte Psicológico. Receptor de Donador Cadavérico, HJM.
2. Sesiones de Grupo de Apoyo. Pacientes en Lista de Espera, HJM.
3. Caso clínico, HJM.
4. Sesiones de Grupo de Apoyo. Pacientes Candidatos a Trasplante Hepático, INCMNSZ.
5. Sesiones de Grupo de Fomento de Adherencia a CPAP, INCMNSZ.
6. Entrevista Semiestructurada para Trasplante Hepático, INCMNSZ.
7. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HAD
8. Escala de Calidad de Vida y Salud, SF 36
9. Escala de Afrontamiento de Moss

ÍNDICE DE TABLAS.

- Tabla 1. Principales causas de mortalidad, 2005, 4
- Tabla 2. Estatus valoración previa al trasplante, 28
- Tabla 3. Características del Grupo THO, 29
- Tabla 4. Lugar de origen y residencia, grupo THO, 30
- Tabla 5. Causas de la Cirrosis Hepática, 31
- Tabla 6. Principales comorbilidades y complicaciones de la Cirrosis Hepática, 32
- Tabla 7. Principales medicamentos consumidos, 33
- Tabla 8. Niveles de Hematocrito y Hemoglobina, 34
- Tabla 9. Clasificación de Child, 34
- Tabla 10. Principales diagnósticos psiquiátricos, 35
- Tabla 11. Medicamentos psiquiátricos, 36
- Tabla 12. Estado de ánimo, Afrontamiento y Calidad de Vida, 37
- Tabla 13. Estilos de Afrontamiento, 38
- Tabla 14. Áreas de Calidad de Vida, SF 36, 40

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Trasplantes en México, 2008, 6

Gráfica 2. Lista de Espera Nacional, 2009, 7

Gráfica 3. Conocimiento del proceso de THO, 41

Gráfica 4. Comparación de conocimiento de proceso THO entre pacientes Primera vez y Lista de Espera, 42

Gráfica 5. Población atendida en el Servicio de Trasplantes, HJM. (Feb 07 – Feb 08), 72

Gráfica 6. Diagnóstico Médico, Servicio de Trasplantes, HJM., 73

Gráfica 7. Diagnóstico Psicológico, Servicio de Trasplantes, HJM., 73

Gráfica 8. Intervención Psicológica, Servicio de Trasplantes, HJM., 74

Gráfica 9. Población atendida en el Servicio de Trasplantes y Psicología, INCMNSZ , (Mar 08 – Feb 09), 88

Gráfica 10. Diagnóstico Médico, Servicio de Trasplantes y Psicología, INCMNSZ, 89

Gráfica 11. Diagnóstico Psicológico, Servicio de Trasplantes y Psicología, INCMNSZ., 90

Gráfica 12. Intervención Psicológica, Servicio de Trasplantes y Psicología. INCMNSZ., 90

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue obtener datos de pacientes candidatos a trasplante hepático, a fin de detectar necesidades específicas en cada etapa previa al trasplante (primera vez, PV, y de lista de espera, LE). Variables que se utilizaron: sintomatología de ansiedad y depresión (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; Zigmond & Snaith, 1983; López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 1994), Calidad de vida (Calidad de Vida y Salud SF 36; McHorney, Ware & Raczek, 1993; Durán, Gallegos, Salinas & Martínez, 2004), Estilos de Afrontamiento (Estilos de Afrontamiento de Moos; Billings & Moos, 1981) y se les aplicó una Entrevista Semiestructurada adaptada para pacientes candidatos a Trasplante Hepático (Entrevista Semiestructurada para Trasplante Renal de Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado & Reynoso, 2000).

Se capturaron un total de 30 pacientes, 24 iniciando protocolo y 6 en lista de espera, 63% mujeres, edad promedio de 45.9 años, 33% nivel licenciatura y 20% preparatoria, 50% empleados y 30% dedicados al hogar la mayoría casados y católicos. Se obtuvieron datos del expediente clínico: causas de cirrosis (50% autoinmunes), comorbilidades y complicaciones de la cirrosis, tipo de medicamentos, estadio de enfermedad (56.6% en Child B, Meld $x=10.97$, $DE=4.83$), tiempo de diagnóstico ($x=39.8$ meses, $DE=24$) y de lista de espera ($x=84.8$ meses, $DE=45.6$); niveles de hematocrito y hemoglobina (76% debajo de los rangos normales) así como diagnósticos y medicamentos psiquiátricos hasta el momento de la evaluación.

Se encontró que más de la mitad de los pacientes presentaron puntuaciones positivas para sintomatología ansiosa (PV: 54% y LE:33%), 17% sintomatología depresiva; estilos de afrontamiento más utilizados: Resolución de Problemas (PV: $x=4.98$, $DE=0.8$ y LE: $x=5.06$, $DE=0.94$); Búsqueda de Guía y Apoyo (PV: $x=4.95$, $DE=1.06$ y LE: $x=5.05$, $DE=0.94$), dejando a un lado Contención Emocional y Evitación Cognitiva.

En relación a Calidad de Vida, se observó que las áreas más deterioradas fueron Salud General (PV: $x=44.58$, $DE=21.1$ y LE: $x=52.5$, $DE=27.7$); Vitalidad (PV: $x=51.56$, $DE=8.57$ y LE: $x=47.29$, $DE=11.65$); Rol físico (PV: $x=57.29$, $DE=41.36$ y LE: $x=54.16$, $DE=45.87$), todas por debajo de las puntuaciones de la población mexicana. La mayoría poseía buena información sobre: proceso de trasplante hepático, probabilidades de éxito, riesgos del trasplante así como los cuidados previos. Las áreas de menor conocimiento: Cuidados postrasplante y efectos secundarios de medicamentos. Cerca el 33% del grupo aún mantenía dudas sobre el curso de recuperación del trasplante y los riesgos que implica éste.

Es importante darles un seguimiento estrecho a estos pacientes, desde el inicio de su padecimiento hasta su hospitalización para el trasplante y su seguimiento por años. Con este estudio se logró obtener un panorama sobre las características de los pacientes candidatos a trasplante hepático.

Palabras clave: *trasplante, calidad de vida, afrontamiento, ansiedad, depresión, conocimiento enfermedad.*

ABSTRACT

The aim of this study was to obtain data from patients who were candidates for liver transplantation, to identify specific needs at every stage after transplantation (the first time, FT and waiting lists, WL). Variables that were used: Quality of Life (SF 36, McHorney, Ware & Raczek, 1993; Durán, Gallegos, Salinas & Martínez, 2004), Styles of Coping (Moos Coping Scale, Billings & Moos, 1981), Symptoms of Anxiety and Depression (HAD, Zigmond & Snaith, 1983; López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 1994) were applied and a Semi-structured Interview adapted for patients who are candidates for liver transplantation (Semi-structured Interview for Kidney Transplantation, Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado & Reynoso, 2000).

Were captured a total of 30 patients, 24 starting protocol and 4 in the waiting list, 63% women, average age 45.9 years; 33% degree level, 20% preparatory; 50% employees and 30% housewife, most married and catholics. We obtained data from medical files: causes of cirrhosis (50% autoimmune); comorbidities and complications of cirrhosis; type of medication; stage of disease (56.6% in Child B, Meld $x=10.97$, $SD=4.83$); time of diagnosis ($x=39.8$ months, $SD=24$) and waiting list ($x=84.8$ months, $SD=45.6$), hematocrit and hemoglobin levels (76% below the normal range) as well as psychiatric diagnoses and medications until the time of evaluation.

We found that over half of the patients had positive scores for anxiety symptoms (FT: 54%, WL 33%); 17% depressive symptoms; coping styles used: Troubleshooting (FT: $x=4.98$, $DE=0.8$ and WL: $x=5.06$, $SD=0.94$), Support Guide (FT: $x=4.95$, $SD=1.06$ and WL: $x=5.05$, $SD=0.94$), leaving aside Containment Emotional and Cognitive Avoidance.

In relation to Quality of Life, we found that the most degraded areas were General Health (FT: $x=44.58$, $SD=21.1$ and WL: $x=52.5$, $SD=27.7$), Vitality (FT: $x=51.56$, $SD=8.57$ WL: $x=47.29$, $SD=11.65$), Role Physical (FT: $x=57.29$, $SD=41.36$ and WL: $x=54.16$, $SD=45.87$), all below the scores of the Mexican population. Most had good information on: the process of liver transplantation, success rate, risks of transplantation, and previous care. Areas of lesser knowledge: posttransplantation care and side effects of medications. Nearly 33% of the group still had doubts about the ongoing recovery of the transplant and the risks it entails.

It is important to give them to closely monitor these patients, since the beginning of their illness until his hospitalization for the transplant and follow-up years. With this study we succeeded in obtaining an overview of the characteristics of candidate hepatic transplant patients.

Keywords: *transplant, quality of life, coping anxiety, depression, disease knowledge.*

INTRODUCCIÓN

El cuadro de morbi - mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios drásticos, en los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida, sin embargo, a la par, han incrementado las enfermedades crónico - degenerativas. En los países en vías de desarrollo, como lo es México, existen enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónico degenerativas como las principales causas de muerte (Florez, 2004).

En la Tabla 1 se muestran las principales *causas de mortalidad en México*, destacando la diabetes mellitus como primer lugar (cuyas complicaciones pueden desencadenar insuficiencia renal crónica) y en décimo lugar nefritis y nefrosis con 11,397 defunciones reportadas en ese año, mientras que la cirrosis y enfermedades del hígado ocupan el tercer lugar (ésta última varía en cuanto a género, en hombres ocupa el tercer lugar y en mujeres el sexto, Secretaría de Salud, 2007).

El padecimiento de enfermedades crónico degenerativas implica modificación de conducta y de estilos de vida a fin de sobrellevar de la mejor manera la enfermedad postergando los posibles efectos y deterioros propios de ésta. Esto conlleva al trabajo interdisciplinario con involucración activa del paciente (Hill-Briggs, 2003) elaborándose incluso Modelos Biopsicosociales de Enfermedades Crónicas (Sperry, Powers & Griffith, 2008).

Tabla 1. Principales causas de mortalidad. México, 2005.

Causas	Defunciones
1. Diabetes mellitus	67,090
2. Enfermedades isquémicas del corazón	53,188
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	27,566
4. Enfermedad cerebrovascular	27,370
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20,253
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16,448
7. Accidentes de tráfico de vehículo de motor	15,742
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	14,979
9. Enfermedades hipertensivas	12,876
10. Nefritis y nefrosis	11,397

Durante el presente trabajo se abordará la forma de intervención/evaluación de pacientes con enfermedades del hígado que requieren un trasplante, como hemos visto, las enfermedades del hígado representan la tercera causa de muerte en nuestro país cuya única alternativa es la recepción de un nuevo órgano funcional.

El término de *Trasplante* se refiere a la transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta,

con el objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica (Diccionario de Medicina, Mosby, 2001).

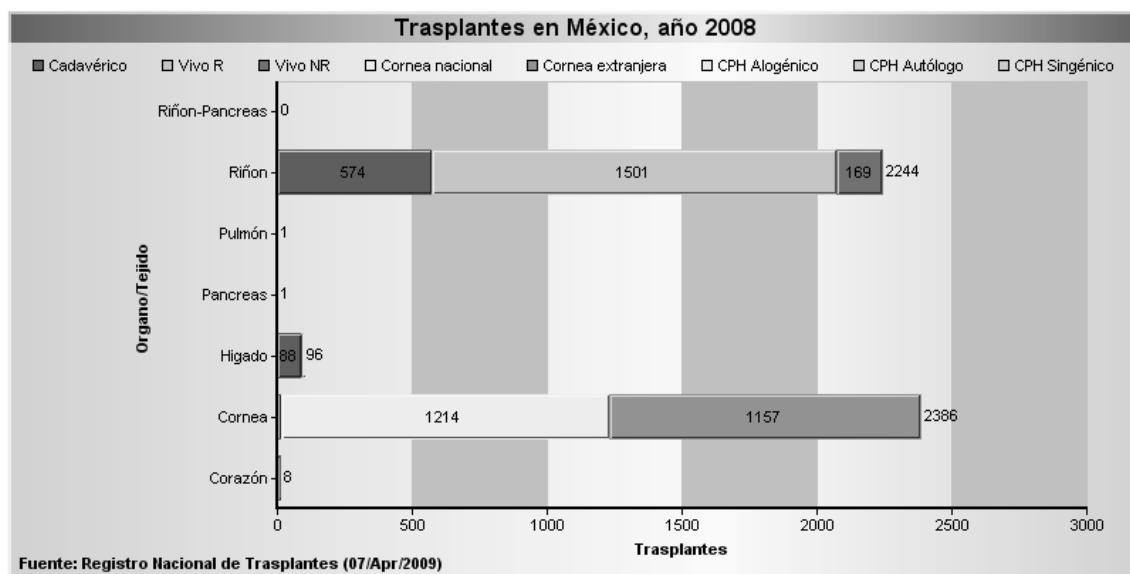
De acuerdo a la relación genética entre el donador y el receptor, los trasplantes se pueden dividir en (Centro Nacional de Trasplantes, 2009):

- *Autotrasplantes o autoinjertos*: Donde se utiliza el tejido del propio individuo.
- *Isotrasplantes*: Se da entre gemelos idénticos o univitelinos, es decir, son genéticamente idénticos.
- *Homotrasplantes o alotrasplantes*: En el que el donador y el receptor pertenecen a la misma especie, pero genéticamente son diferentes.
- *Heterotrasplantes o xenotrasplantes*: Se da entre sujetos de diferentes especies.

El éxito del trasplante depende de la existencia o no de rechazo del tejido del donante por parte del receptor, para su efecto, se les administra a los receptores medicamentos de por vida para la preservación del injerto. Los órganos que se pueden donar son: riñón, hígado, corazón, páncreas y pulmón, al igual que tejidos como la médula ósea, huesos, córneas y válvulas cardíacas.

En México, los trasplantes de órganos que más se realizan son de córnea, riñón e hígado, aunque también hay de corazón, páncreas, pulmón y médula ósea, en menor cantidad. En la Gráfica 1 se pueden observar los trasplantes que hubo en el año 2008, predominando los de córnea y de riñón (Centro Nacional de Trasplantes, 2009).

Gráfica 1. Trasplantes en México, 2008.



En el caso específico del riñón, se ha observado un aumento considerable en el número de trasplantes, llegando a su cumbre el año 2008 con 2,244 trasplantes a nivel nacional; en el trasplante hepático, el año 2006 fue donde se observa el mayor número (105) de trasplantes de hígado.

Sin embargo, países líderes en el ramo como lo es España, han realizado 2211 trasplantes renales en el año 2008 y 1112 trasplantes hepáticos en el año 2007.

Por último, la Lista de Espera Nacional se puede observar en la Gráfica 2, donde predominan las personas que esperan un riñón, córnea e hígado.

Gráfica 2. Lista de Espera Nacional, 2009.



El psicólogo en el área de trasplantes.

El proceso de trasplante puede ser una situación de gran estrés, que puede dar lugar a una amplia gama de condiciones que van desde una recuperación de la “casi normalidad” con posterior reintegración a las actividades previas del paciente, hasta una situación de características similares a la cronicidad, incluyendo déficits o incapacidades (Martínez, 2003). Es por eso que el proceso de trasplantes se puede dividir en cuatro momentos o fases: la evaluación e inclusión en lista

de espera, el periodo preoperatorio, el postoperatorio inmediato (hospital) y el seguimiento posterior. Donde las intervenciones del psicólogo en cada una se diversifican para acompañar al paciente y familia en estas etapas.

1. *Evaluación*. Su objetivo es seleccionar a aquellos candidatos que presenten características que pronostiquen que la persona mantendrá cuidados adecuados en el postrasplante (Martínez, 2003). Se evalúan diversos aspectos: recursos cognitivos del paciente, apoyo social, apego a tratamiento médico, relación con equipo de trasplantes, mecanismos de afrontamiento del paciente, estado anímico, entre los principales (González, 2003).

Como *contraindicaciones absolutas* se tienen: abuso activo de sustancias, psicosis, rechazo del trasplante o ideación suicida activa, trastorno facticio con síntomas físicos, no cumplimiento con el sistema de trasplante, mala disposición en el tratamiento psicoeducativo y psiquiátrico; *contraindicaciones relativas*: demencia u otra disfunción cerebral persistente, enfermedad psiquiátrica refractaria al tratamiento: trastornos del estado de ánimo, de alimentación o de personalidad (Skotko & Strouse, 2002 en Martínez, 2003; McCallum & Masterton, 2006). Es necesario implementar medidas específicas en cada caso para tratar de modificarlas antes de ser consideradas como absolutas. Puede

agravar la ansiedad al esperar los resultados de la evaluación y tener la necesidad de cubrir sus requisitos.

2. *Periodo preoperatorio*. Los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en esta etapa son: trastornos adaptativos, depresión, ansiedad y encefalopatía (Carbente, 2006; González, 2003; Martínez, 2003). Por lo que es pertinente el trabajar en conjunto con la familia y pareja para fomentar el apoyo social, colaboración con el equipo de trasplantes, cambios de roles, prevención de burnout con el cuidador primario. Así mismo, se pueden remitir a grupos de apoyo, que pueden facilitar la comprensión de la enfermedad y el trasplante, fomento del apego a tratamientos y autocuidado, se pueden trabajar expectativas realistas, de preferencia supervisados por un especialista (González, 2003).

Como técnicas utilizadas para disminución de ansiedad: técnicas de autocontrol, manejo del estrés, relajación, desensibilización sistemática, visualización; técnicas de adquisición de habilidades: entrenamiento asertivo, manejo de la ira, solución de problemas, manejo de expectativas poco realistas (Martínez, 2003).

3. *Periodo postoperatorio*. Recién de la operación, se puede presentar delirium, para lo cual se requiere de tratamiento farmacológico, también se puede apoyar a través de cambios ambientales en la unidad de cuidados intensivos y habitación del paciente para

reducir el estrés y la confusión (Crone & Gabriel, 2002, en Martínez 2003).

Es importante enfatizar que la ingesta de los medicamentos postrasplante, propicia efectos secundarios y las precauciones que implican. El verdadero éxito del trasplante se expresa en el tiempo de conservación del injerto con la mejor calidad de vida posible (González, 2003; González, 2007).

4. *Seguimiento*. Se ha evidenciado un incremento de las comorbilidades psiquiátricas en el primer año postrasplante, por lo que es importante darle un adecuado seguimiento (Kizilisik, Shokouh - Amiri, Tomazzi, Desmukh, Grewal, Vera & Gaber, 2001). Buscar las formas de adaptación (Langenbach, Schmeisser, Albus & Decker, 2008), reincorporación a sus antiguos roles o bien, a las nuevas complicaciones o comorbilidades posteriores al trasplante (Martínez, 2003; Rudis, Rudis, Lupo, Safady & Bonne, 2000). Sin olvidar que se debe de dar un seguimiento estrecho a los donadores vivos que debe ser de por vida (Martínez, 2003; Fukunishi, Sugawara, Takayama, Makuuchi, Kawarasaki, Kita, Aikawa & Hasegaw, 2002) o bien, un seguimiento estrecho entre los pares donador - receptor dado que se pueden alterar las dinámicas de relación y alterar el apego adecuado al tratamiento postrasplante (Greif - Higer, Wandel, Otto, Galle & Beutel, 2008).

Como se puede observar, la oportunidad de recibir un trasplante para un paciente involucra una serie de cambios y adaptaciones que debe de hacer una vez considerada esta opción de tratamiento, involucrando un trabajo conjunto con la familia, sus redes de apoyo cercanas así como con el equipo médico. Dadas las condiciones de donación de órganos en nuestro país, aún nos falta mucho por trabajar, desde la concientización de la población respecto a la donación, formación de centros de apoyo y atención integral para pacientes, así como en la prevención de enfermedades que a largo plazo requerirán de un trasplante por las complicaciones que implican.

Por lo que el campo de acción del psicólogo en esta área se diversifica, teniendo la oportunidad de realizar intervenciones específicas en cada momento de la enfermedad del paciente, donde se puede llevar un seguimiento estrecho de cada uno desde el diagnóstico de su enfermedad, opciones de tratamiento hasta años posteriores al trasplante e incluso en el momento de su fallecimiento.

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD / DEPRESIÓN EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO.

Antecedentes

Características orgánicas y psicosociales del paciente con enfermedad hepática.

La insuficiencia hepática puede traer consigo alteraciones físicas tales como: cansancio, ascitis, encefalopatía, ictericia, pérdida de masa muscular, feminización, pobre apetito y alteraciones en el sueño, que dan evidencia de deterioro físico progresivo. Estos cambios no sólo afectan al paciente en el ámbito físico, sino que conlleva de manera conjunta a problemas en diversas áreas como: actividad escolar, laboral, situación económica, rol familiar y de pareja, funcionamiento sexual y capacidad de esparcimiento (González, 2003; Diliz, Kershenobich, Orozco, Mercado & Olivera, 1994).

Por otra parte, las múltiples hospitalizaciones para control y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones, así como las alteraciones neuropsiquiátricas que se presentan en la encefalopatía hepática repercuten tanto en la capacidad psicomotriz e intelectual de los enfermos, como en su estabilidad emocional, condicionando una pobre expectativa de vida (Diliz et al., 1994).

En la actividad escolar y/o laboral, se ha encontrado que los pacientes muestran insatisfacción propia por el desempeño, los niveles

de concentración y atención disminuyen debido a la presencia de encefalopatía, reportando mayor fatiga física e incapacidad para realizar un trabajo de manera adecuada (Diliz, et al., 1994). La encefalopatía está asociada a un amplio rango de dificultades cognitivas que incluyen disminución en la capacidad de atención, tiempos de reacción y razonamiento así como dificultades en memoria (Meyer, Eshelman & Abouljoud, 2006).

Respecto a la situación económica del paciente y su familia, ésta se ve afectada severamente, al inicio y curso de la enfermedad, incluso en el proceso de trasplante. Si el paciente era el sostén de la familia, ahora se ve como dependiente económicamente, disminuyen los ingresos y aumentan los egresos económicos debido a la compra de medicamentos, lo que condiciona estrés financiero, estudios especializados, hospitalizaciones, traslados a instituciones médicas, hospedaje, etc. (Almaraz & López, 2003).

En relación al funcionamiento de pareja e íntimo del paciente, se sabe que la actividad sexual disminuye, creando conflictos emocionales en la identidad personal y rol dentro de la pareja (Diliz et al., 1994; González, 2003).

Las actividades sociales del individuo pueden verse disminuidas o bien limitadas tanto por la afección multisistémica y el deterioro progresivo del paciente, o bien, como por las múltiples hospitalizaciones, alteraciones neuropsiquiátricas y los estilos de

afrontamiento propios de cada paciente (Diliz et al., 1994; Stilley, et al., 1999).

Es de esperarse que con todos estos cambios producidos por la enfermedad, el estado anímico del paciente se vea seriamente afectado, por ideas negativas, cambios en la autoimagen corporal, aislamiento social, inestabilidad emocional, trastornos de conducta, labilidad emocional con diversos grados de ansiedad y depresión, cambios en proyectos de vida, temor al futuro con una pobre expectativa de vida con la consecuente disminución en la calidad de vida. Estos cambios y condiciones psicoafectivas del paciente, pueden llegar a dificultar su manejo médico, impactando en la adherencia terapéutica y en el pronóstico del trasplante (Almaraz & López, 2003; Diliz et al., 1994; Meyer, et al., 2006; González, 2003; Stilley et al., 1999).

La evaluación psicológica y psiquiátrica del candidato a trasplante hepático busca detectar situaciones cotidianas que interfieran con el adecuado apego al protocolo pre cirugía y aspectos psicoafectivos potencialmente adversos para el cuidado posterior del injerto, a fin de garantizar un mejor ajuste a la vida cotidiana y al mejoramiento de la calidad de vida en el postoperatorio. En cada paciente estas situaciones se ven afectadas de manera diferente y se ha encontrado que factores como el tipo de personalidad, formas de afrontamiento, la presencia de ideas irracionales respecto al proceso, características de las redes de apoyo, experiencias previas y severidad

de la enfermedad influyen en la manera en que cada paciente maneja su padecimiento (González, 2003).

Se sabe que variables como: antecedentes de trastornos psiquiátricos graves (psicosis, depresiones severas, intentos suicidas), uso de diversas drogas con múltiples intentos fallidos de rehabilitación, trastornos de personalidad caracterizados por la presencia de gran impulsividad (borderline o limítrofe, antisocial, oposicionismo desafiante), actitud pesimista, estrategias de afrontamiento mal adaptativas, inconsistencia evidente en el seguimiento de indicaciones médicas, pocas o nulas redes de apoyo social, el incremento de estrés psicológico en el pre y peri operatorio así como los problemas de relación con el equipo de trasplantes pueden establecer un mal pronóstico para un adecuado autocuidado posterior al procedimiento quirúrgico y aumento en la vulnerabilidad del estrés post operatorio (González, 2003; Stille, et al., 1999).

De la misma forma, la evaluación de las familias y no sólo del paciente antes de iniciar la evaluación ha demostrado su utilidad en el diagnóstico y planteamiento de soluciones a situaciones que pueden poner en peligro la recuperación de los pacientes después del trasplante (Almaraz & López, 2003).

Se ha encontrado que la presencia de ansiedad y depresión previa al trasplante impacta de manera negativa en la calidad de vida e incrementa la severidad de la enfermedad (Gutteling, 2006). Por otro

lado, a mayor severidad de la enfermedad (Child A, B o C) mayor frecuencia de sintomatología ansiosa o depresiva y menor calidad de vida (Gutteling, 2006; Haag, 2008).

Al realizar seguimiento al mes, 3, 6 y 9 meses con pacientes trasplantados, (Moore, 1997) se observó una disminución notable de los síntomas de depresión y ansiedad al mes del trasplante, sin embargo se enfatiza el monitoreo constante de los pacientes ya que se enfrentan a eventos nuevos postrasplante que implican nuevas tensiones, manejo de expectativas y readaptaciones a nuevos y antiguos roles, fluctuando el estado anímico del paciente según los cambios de vida que tenga posterior a la cirugía.

Por otro lado, el estado anímico ansioso o deprimido elevado previo al trasplante, es predictor a largo plazo (12 meses) de una pobre satisfacción de la vida (Goetzmann, 2006) después de la cirugía así como un riesgo de mortalidad y morbilidad posterior al trasplante (Streisand, 1999).

En estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes candidatos a trasplante hepático, se ha visto que ésta se ve afectada por la severidad de enfermedad (Streisand, 1999; Haag, 2008) presencia de sintomatología física - fatiga, disminución de apetito, dolor en lado derecho de abdomen-, y aquellos con problemas en manejo de tiempo, problemas de memoria o cambios de personalidad, repercuten directamente sobre su calidad de vida (Streisand, 1999). En pacientes

trasplantados, se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes con virus C recurrente posterior al trasplante, disminuyendo notablemente sus puntuaciones debido a la reincidencia de la enfermedad (Paterson, 2000).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento de evitación previas al trasplante como el no hablar de la enfermedad, distraerse o evitar buscar información adicional sobre el padecimiento, crea un riesgo inminente para un adecuado ajuste psicológico condicionando complicaciones posteriores a la cirugía que impactará de manera negativa en la calidad de vida del individuo trasplantado (Streisand, 1999; Paterson, 2000).

Se ha realizado un esfuerzo entre los diferentes especialistas a fin de estandarizar protocolos de evaluación que permitan predecir el comportamiento del paciente, basándose tanto en entrevistas clínicas semi estructuradas como la aplicación de pruebas válidas y confiables en población específica (Martínez, 2003). Sin embargo, se han encontrado algunas deficiencias tales como la ausencia de un adecuado seguimiento de los pacientes, las pruebas no son aplicadas de manera constante, programada y metódica para su posterior análisis estadístico, no se manejan de manera adecuada los grupos control o las variables como la severidad de la enfermedad o la misma selección sesgada de los participantes.

Por lo cual, el presente estudio pretendió evaluar diferentes aspectos psicosociales que la literatura ha mencionado relevantes en pacientes candidatos a trasplante hepático, con utilización de instrumentos sensibles y confiables para la evaluación de estos; de manera que se obtuvieran datos de línea base para comparar entre los mismos pacientes candidatos de primer acercamiento al protocolo de evaluación integral y los que ya lo han finalizado (lista de espera).

Método

Pregunta de investigación.

¿Existen diferencias en calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad / depresión entre los pacientes que se encuentran en lista de espera y los que inician protocolo de evaluación para trasplante hepático?

Justificación:

Ante la demanda cada vez mayor de órganos y la escasa disposición de éstos en nuestro país (tan solo para riñón hay una lista de espera nacional de 4849 y para hígado de 346 personas) (Centro Nacional de Trasplantes, 2008), resulta indispensable que la selección basada en aspectos psicoafectivos y psicosociales de los candidatos a trasplante hepático sea objetiva, concreta, confiable y complementaria a los aspectos médicos. Los datos que muestra la literatura científica, mencionan la importancia del inicio y seguimiento de las evaluaciones

psicosociales, de manera que se puedan correlacionar e interpretar con variables relacionadas, encontrando como marcadores vulnerables, el funcionamiento cognitivo (Streisand et. al.1999) estado anímico (Goetzmann, 2007), apoyo social (González, 2003), estilos de afrontamiento hacia la enfermedad (Diliz et. al. 1994) por mencionar algunos, que influyen de manera directa sobre el paciente tanto en fases previas al trasplante como posterior a éste en su calidad de vida y adherencia al tratamiento principalmente.

El objetivo del estudio fue obtener datos de los pacientes candidatos a trasplante hepático, a fin de detectar necesidades específicas en cada etapa previa al trasplante que ellos cursan.

Hipótesis

- Las puntuaciones de calidad de vida de ambos grupos son más bajas comparadas con la población en general.
- Los pacientes que se encuentran ya en lista de espera presentan menores puntuaciones en la medición de estado anímico (ansiedad y depresión) que los que inician el protocolo de trasplante.
- Los estilos de afrontamiento a la enfermedad de los pacientes que están en lista de espera son diferentes a los que los que inician con el protocolo.

- Los pacientes que se encuentran en lista de espera manejan información más adecuada sobre el proceso de trasplante y sus cuidados posteriores, que los pacientes que inician el protocolo de evaluación para trasplante.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad / depresión, del paciente candidato a trasplante hepático y las diferencias que existen entre los pacientes candidatos a trasplante de primera vez y los de lista de espera.

Objetivos específicos

- Evaluar el estado general anímico del paciente (ansiedad y depresión)
- Evaluar la calidad de vida del paciente
- Evaluar los estilos de afrontamiento a la enfermedad del paciente.
- Evaluar el conocimiento del proceso y cuidados del trasplante
- Evaluar las diferencias que existen entre los pacientes candidatos a trasplante de primera vez y los de lista de espera.

Diseño del estudio

Diseño transversal, descriptivo y comparativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Procedimiento

Todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron canalizados por medio del médico de base y residentes, captados en consulta externa (del Servicio de Gastrohepatología). Se realizó una sola medición de los pacientes que consistió en la realización de una *Entrevista Semiestructurada adaptada para pacientes candidatos a Trasplante Hepático* (adaptada de la Entrevista Semiestructurada para Trasplante Renal de Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado, Reynoso, 2000) y la aplicación de tres escalas: *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (Zigmond & Snaith, 1983; López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 1994), *Calidad de vida y Salud, SF 36* (McHorney, Ware & Raczek, 1993; Durán, Gallegos, Salinas & Martínez, 2004) y *Estilos de Afrontamiento de Moos* (Billing & Moos, 1981).

El tiempo promedio que llevó la entrevista y la aplicación de las escalas fue de aproximadamente 1 hora 20 minutos, que se podían dividir en dos sesiones de 50 minutos cada una, según convenía al paciente. Se les ofreció una sesión extra de retroalimentación de resultados.

Tipo de Muestreo

Muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Mecanismo de asignación del tratamiento

A los pacientes que se encontraban iniciando el protocolo de trasplante hepático así como los de lista de espera, se les invitó a participar en el estudio, explicándoles en qué consistía y firmando una carta de consentimiento con información previo. Al final se le ofreció al paciente retroalimentación sobre su puntuación y en caso de que se detectaran áreas con posible vulnerabilidad, se canalizó al paciente a apoyo terapéutico correspondiente (psicológico y/o psiquiátrico) más cercano a su lugar de residencia.

Criterios de Inclusión

- Mayores de 18 años.
- Con escolaridad mínima Primaria
- Que se encuentren en lista de espera para trasplante hepático.
- Que se encuentren iniciando el protocolo de estudio médico para ingresar a lista de espera para trasplante hepático.
- Que inician protocolo médico de evaluación pretrasplante y que tengan como máximo una cita en el Servicio de Psiquiatría, para evitar sesgos de experiencias previas.

Criterios de exclusión:

- Existencia un deterioro físico o cognitivo notable que imposibilite la realización de las instrucciones.
- Padecer alguna enfermedad psiquiátrica no controlada.
- Pacientes con Demencia

- Retraso mental
- Encefalopatía notable durante la entrevista

Criterios de eliminación:

- Que no terminen el estudio

Variables.

Variable Control:

Estatus de la valoración previa al trasplante: Variable dicotómica que tendrá como valores:

- *Primera vez.* Se refiere al paciente que una vez evaluado por la consulta de Trasplante de Hígado, inicia con protocolo médico de evaluación para dicho trasplante. Se incluían a los pacientes que máximo hubieran tenido una cita con el Servicio de Psiquiatría.
- *En lista de espera.* Se refiere al paciente que había concluido con el protocolo médico de evaluación para trasplante hepático, estando actualmente registrado en la lista de espera de la Institución. Se tomó en cuenta el tiempo promedio en meses que ha estado inscrito en ésta.

Variables Dependientes:

Características psicosociales:

- *Calidad de Vida*: Definida como la “percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998). Se evaluó con el Cuestionario de Salud SF -36 (McHorney, Ware & Raczek, 1993; Durán, Gallegos, Salinas & Martínez, 2004). El cual detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 reactivos que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes.

- *Afecto: Ansiedad Depresión.*

Episodio Depresivo Mayor, definido como: Periodo de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Experimentación de al menos cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y

pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995).

Ansiedad. Definida como Mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha unas conductas de defensa y que aparece, por tanto ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto o que sea interpretada como tal. La ansiedad patológica se diferencia de la normal sólo por su intensidad y su anacronismo, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma. Representa un continuo desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta de forma negativa al rendimiento y funcionamiento social (Diez, 2000). El DSM IV lo maneja como crisis de angustia y la define como la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (10 min. aprox.), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995).

Estos dos estados se evaluaron a través de la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)*. Mide síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes que están en ambientes hospitalarios o que padecen alguna enfermedad crónica, excluyendo los síntomas físicos médicos y deja únicamente los síntomas psicológicos. Se han obtenido datos en población mexicana. Consta de 14 preguntas divididas en 7 para ansiedad y 7 para depresión, donde el punto de corte para ansiedad es de 8 y el de depresión es de 7 (Zigmond & Snaith, 1983; López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 1994).

- *Estilos de afrontamiento*. Definidos como “los intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente” (Billing & Moos, 1981). Se utilizó el Inventario de Moos que divide los estilos de afrontamiento en: Resolución de Problemas, Búsqueda de guía y apoyo, aceptación o resignación, análisis lógico, contención emocional y evitación cognitiva (Riveros, 2008).
- *Conocimiento del proceso y cuidados del trasplante*. Se refiere a los conocimientos que se tengan sobre el procedimiento del trasplante, enfatizando los cuidados tanto previos como posteriores a éste. Se utilizó una sección de la entrevista semi -

estructurada que puntúa de 0 a 3 puntos. Teniendo como máximo una puntuación de 24 puntos totales de la sección.

Entrevista Estructurada para Pacientes candidatos a Trasplante Hepático (EETH) Adaptada de la Entrevista Estructurada para Trasplante Renal del Hospital Juárez de México (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado & Reynoso, 2000) y de la Entrevista Cognitivo Conductual de Primera vez para pacientes con dolor crónico (Reséndiz, 2006). Por medio de la entrevista se obtuvo información sociodemográfica, aspectos familiares y redes de apoyo, comprensión de la enfermedad y del proceso de trasplante, motivación para trasplantarse, sensibilización para el paciente, actividades de la vida diaria, antecedentes psiquiátricos y examen mental.

Análisis estadístico.

Se capturaron los datos en el programa SPSS versión 15, utilizando estadística descriptiva para la presentación de los datos finales. Los datos se sometieron a pruebas de signo para evaluar la significancia de las diferencias.

Resultados

Se captaron en total 30 sujetos. Del grupo, 24 pacientes se encontraban iniciando el protocolo de trasplante y 6 en lista de espera. De los últimos, la mediana en el tiempo en lista de espera fue de 18 meses,

teniendo como mínimo 12 meses en lista y un máximo de 120 meses

(Tabla 2).

Tabla 2. Estatus valoración previa al trasplante

	N	%
Primera vez	24	80
Lista de Espera	6	20
<i>Tiempo promedio en Lista de Espera</i>		
	x= 36	
	DE=42.25	
(12 a 120 meses)	Mdn= 18	

Como características sociodemográficas, la mayoría del grupo fueron mujeres (63.3%), con una media de edad de 45.9 años, predominando alta escolaridad: Licenciatura 33.3% y preparatoria 20%, (un promedio de 13 años de estudio). En cuanto a ocupación la mitad de ellos se encontraba empleado y el 30% se dedicaba a labores del hogar. El 80% eran casados, de religión católica (96.7%) (Tabla 3).

Tabla 3. Características del Grupo THO

	n	%
Sexo		
Hombre	11	36.7
Mujer	19	63.3
Edad		
26-37	7	25%
38-46	8	25%
47-53	9	25%
54-61	6	25%
x=45.9 años DE= 9.16		
Escolaridad		
Primaria	3	10
Secundaria	2	6.66
Preparatoria	6	20
Técnico	3	10
Licenciatura	10	33.33
Posgrado	6	20
x=13.8 años DE= 3.82		
Ocupación		
Empleado	15	50
Comerciante	2	6.66
Empresario	1	3.33
Hogar	9	30
Jubilado	3	10
Estado civil		
Soltero	6	20
Casado	24	80
Religión		
Católica	29	96.7
Budismo	1	3.3

Por lo que respecta al lugar de origen y residencia de los pacientes, se aprecia que la mayoría es originario (60%) y residente (40%) del Distrito Federal, el resto, radicaba en el interior de la República Mexicana (60%). (Tabla 4).

Tabla 4. Lugar de origen y residencia, grupo THO.

	Originario		Residente	
	N	%	n	%
D.F.	18	60.00	12	40.00
Edo. México	1	3.33	8	26.67
Guanajuato	1	3.33	1	3.33
Hidalgo	1	3.33	1	3.33
Michoacán	1	3.33	1	3.33
Morelos	1	3.33	1	3.33
Nayarit	1	3.33	1	3.33
Puebla	2	6.67	2	6.67
Sonora	1	3.33	1	3.33
Tlaxcala	1	3.33	2	6.67
Guerrero	2	6.67		

Características de la enfermedad.

En la tabla 5 se observa que la mitad del grupo padece cirrosis hepática debido a enfermedades autoinmunes, siendo la más prevalente la Cirrosis Biliar Primaria (26.67%), Hepatitis Autoinmune (16.67%), estando en segundo lugar la infección por el Virus de Hepatitis C (26.67%). Sólo tres sujetos acudieron por cirrosis por alcohol.

Tabla 5. Causas de la Cirrosis Hepática

Cirrosis Hepática		
Secundaria a	n	%
Autoinmunidad	15	50
Cirrosis biliar		
primaria	8	26.67
Hepatitis		
Autoinmune	5	16.67
Colangitis		
Autoinmune	1	3.33
Cirrosis		
Esclerosante		
Primaria	1	3.33
Infección	9	30
Virus Hepatitis B	1	3.33
Virus Hepatitis C	8	26.67
Lesión de vías		
biliares	2	6.67
Medicamentosa		
Metrotexato	1	3.33
Alcohol	3	10.00

El tiempo promedio de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes de primera vez fue de $x=39.8$ meses $DE=24$, en un rango de 7 a 108 meses y de los que estaban en lista de espera fue de $x=84.8$ meses $DE=45.6$, en un rango de 24 a 144 meses.

Como principales comorbilidades sobresalen: hipercolesterolemia (7.69%), Diabetes Mellitus Tipo 2 (5.13%) y como principales complicaciones de la Cirrosis Hepática: Hipertensión portal no hemorrágica (12.82%) y la hemorrágica (10.26%).

Cabe señalar que el 54% se componía por otros padecimientos (osteoporosis, osteopenia, anemia, insuficiencia renal aguda, psoriasis, parálisis facial, entre otros) que aunado al padecimiento hepático llegaban a conjuntar hasta 7 diagnósticos en una sola persona (Tabla 6).

Tabla 6. Principales Comorbilidades y Complicaciones de la Cirrosis Hepática.

Comorbilidad	n	%	Complicaciones de Cirrosis	
			n	%
Dislipidemia			Hipertensión Portal	
Hipercolesterolemia	6	7.69	Hemorrágica	8 10.26
Hipertrigliceridemia	2	2.56	No Hemorrágica	10 12.82
Diabetes Mellitus			Encefalopatía	1 1.28
Tipo 1	2	2.56	Hipertensión pulmonar	1 1.28
Tipo 2	4	5.13		
Hipertensión Arterial Sistémica	2	2.56		
Otros	42	53.84		

Respecto a los medicamentos consumidos (Tabla 7), se observa que 15% de los sujetos consumían antihipertensivos e inhibidores de sales biliares, diuréticos (10.92%) antiamónicos e inhibidores de bomba de protones (8.4%). El número promedio de medicamentos prescritos por paciente fue de 4 (DE= 1.79), llegando a ingerir hasta un máximo de 8 medicamentos.

Tabla 7. Principales Medicamentos consumidos

Medicamentos	n	%
Antiamónico	10	8.40
Antibióticos	3	2.52
Antihipertensivos	18	15.13
Diuréticos	13	10.92
Hipoglucemiantes orales	4	3.36
Inhibidor de bomba de protones	10	8.40
Inhibidores de sales biliares	18	15.13
Inmunomoduladores	6	5.04
Multivitamínicos	9	7.56
Otros	28	23.53

En la Tabla 8 se observan los niveles de Hematocrito y de Hemoglobina. El 76% de los pacientes se encuentran por debajo de los rangos normales para su sexo, lo que se traduce en mayores síntomas de anemia, mayor cansancio, menor vitalidad, somnolencia diurna, que son consecuencias de la hepatopatía crónica con impacto directo en calidad de vida.

Tabla 8. Niveles de Hematocrito y Hemoglobina.

	Hematocrito¹		Hemoglobina²	
	N	%	n	%
Dentro de los rangos normales	7	23.33	4	13.33
Debajo de los rangos normales	23	76.66	23	76.66
Arriba de los rangos normales	0	0	3	10
x= 35.18 DE=6.6			x= 12.01 DE=2.46	
1. Mujer (38.3 - 46.7) Hombre (42.6-52.6)			2. Mujer(13.0-15.0) Hombre (14.5- 17.7)	

Más de la mitad de los sujetos (56.66%) se encontraba en el Child B, siguiendo el Child A con 30% de los sujetos (Tabla 9).

En valores de Meld**se obtuvo un promedio de 10.97 DE= 4.83, en un rango de 3.5 a 22 puntos.

Tabla 9. Clasificación de Child*

	n	%
Child A	9	30
Child B	17	56.66
Child C	3	10
Sin Child en expediente	1	3.33

*Child Pugh Turcott: Clasificación que se obtiene de los niveles de bilirrubinas, ascitis, encefalopatía, albúmina y tiempos de coagulación.

**Meld: Fórmula que se obtiene de los valores de Creatinina, Bilirrubina e INR.

De acuerdo a la revisión de los expedientes se encontraron diagnosticados a dos pacientes con trastorno de ansiedad, dos del estado de ánimo, una persona con rasgos de personalidad obsesiva. Seis con trastorno adaptativo (reportando síntomas de ansiedad, depresión e insomnio principalmente). Tres pacientes con trastornos relacionados con el alcohol y 16 de ellos sin diagnóstico psiquiátrico

(Tabla 10).

Tabla 10. Principales Diagnósticos Psiquiátricos

	n	%
Eje I		
Trastorno de Ansiedad	2	6.7
Trastorno del Estado de Ánimo	2	6.7
Trastorno Adaptativo	6	20
Trastorno relacionado con el Alcohol	3	10
Eje II		
Rasgos Obsesivos	1	3.33
Sin Diagnóstico Psiquiátrico	16	53.33

En la Tabla 11 se observa la frecuencia de los medicamentos recomendados por el especialista en Psiquiatría.

**Tabla 11. Medicamentos
Psiquiátricos**

	N	%
Antidepresivos		
Citalopram	4	13.32
Fluoxetina	1	3.33
Escitalopram	2	6.66
Ansiolíticos o Inductores del sueño		
Lorazepam	1	3.33
Melatonina	1	3.33
Sin medicamento	21	70.00

A todos los pacientes se les aplicaron tres escalas: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Formas de Afrontamiento de Moos y Escala de Calidad de Vida (SF 36). Los datos se observan en la Tabla 12.

Respecto a la primera escala, el punto de corte para decir que una persona presenta sintomatología Ansiosa es de 7 puntos, se observó que más de la mitad de los pacientes presentan puntuaciones positivas para ansiedad, el 54% fueron de primera vez y el 33% de lista de espera. En depresión (punto de corte 8 puntos) el 17%, todos pacientes de primera vez, presentaban sintomatología depresiva al momento de la evaluación.

Tabla 12. Estado de ánimo, Afrontamiento y Calidad de Vida

	Primera vez		Lista de Espera	
	n	%	n	%
Estado de ánimo				
Ansiedad	13	54.2	2	33.3
Depresión	4	16.7	0	0
Formas de Afrontamiento (1)				
	x	DE	x	DE
Resolución de Problemas	4.98	0.8	5.06	0.94
Búsqueda de guía y apoyo	4.95	1.06	5.05	0.94
Aceptación o Resignación	4.78	0.83	4.7	0.91
Análisis Lógico	4.62	0.82	5	0.91
Contención emocional	4.1	0.9	4.62	0.26
Evitación Cognitiva	3.23	0.8	2.94	0.57
Calidad de Vida (2)				
	x	DE	x	DE
Rol Emocional	79.16	32.32	77.77	40.36
Salud Mental	76.08	15.1	76.83	19.71
Funcionamiento Social	75.52	18.6	75	33.54
Dolor Corporal *	78.64	19.16	58.33	30.35
Funcionamiento Físico *	74.16	17.29	65.83	32.46
Rol Físico *	57.29	41.36	54.16	45.87
Vitalidad *	51.56	8.57	47.29	11.65
Salud General	44.58	21.1	52.5	27.7
<i>Dimensión Salud Física*</i>	61.25	16.25	55.62	26.6
<i>Dimensión Salud Mental *</i>	65.38	11.79	65.88	22.63

(1): Puntuación de 1 a 6 puntos

(2): Puntuación máxima 100 puntos

* $p < 0.05$

En cuanto a los Estilos de Afrontamiento, se observa que el mayor estilo utilizado por el grupo fue de *Resolución de Problemas* ($x=4.98$, $DE=0.8$ y $x=5.06$, $DE=0.94$), seguido de *Búsqueda de guía y apoyo* ($x=4.95$, $DE=1.06$ y $x=5.05$, $DE=0.94$), *Aceptación o Resignación* ($x=4.78$, $DE=0.83$ y $x=4.7$, $DE=0.91$) y *Análisis Lógico* ($x=4.62$, $DE=0.82$ y $x=5$, $DE=0.91$). En la Tabla 13, se encuentran descritas las formas de Afrontamiento.

Tabla 13. Estilos de Afrontamiento.

Estilo de Afrontamiento	Descripción
<i>Resolución de Problemas</i>	Analizar alguna acción para acabar directamente con el problema
<i>Búsqueda de Guía y Apoyo</i>	Búsqueda de información, soporte y ayuda ante el estresor
<i>Aceptación o Resignación</i>	Su finalidad es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación ante el mismo.
<i>Análisis Lógico</i>	Estrategia cognitiva cuyo objetivo es entender y prepararse mentalmente para enfrentarse con el estresor y sus consecuencias.
<i>Contención Emocional</i>	Son esfuerzos dirigidos a evitar la expresión de sentimientos negativos.
<i>Evitación Cognitiva</i>	Se utiliza una estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor.

Es importante destacar que aunque la escala cuenta con niveles adecuados de confiabilidad, se tiende a contestar con niveles de deseabilidad social, siendo así, son los estilos de afrontamiento positivos los que predominan, dejando a un lado contención emocional y evitación cognitiva que pudiera tener repercusiones negativas en cuanto a salud y bienestar psicológico. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos debido a los pocos sujetos de lista de espera.

En relación a la escala de Calidad de Vida (SF 36), se observa que las áreas más deterioradas son Salud General ($x=44.58$, $DE= 21.1$ y $x=52.5$, $DE=27.7$), Vitalidad ($x=51.56$ $DE=8.57$ y $x=47.29$, $DE=11.65$), Rol físico ($x=57.29$, $DE= 41.36$ y $x=54.16$, $DE=45.87$). Se describe cada área en la Tabla 14.

Se realizó una comparación de los pacientes en protocolo de trasplante hepático con puntuaciones de población general mexicana (Durán, Gallegos y Salinas, 2004), utilizando una fórmula de comparación de medias y Prueba de Machin y Cohen (Machin, Campbell, Fayers & Pinol, 1997; Cohen, 1988) con el programa EPIDAT. Se encontraron las siguientes áreas significativas ($p<0.05$): *Dolor corporal*, *Funcionamiento físico*, *Rol físico*, *Vitalidad*, *Dimensión Salud Física* y *Dimensión Salud Mental*, todas por debajo de las puntuaciones generales de la población mexicana.

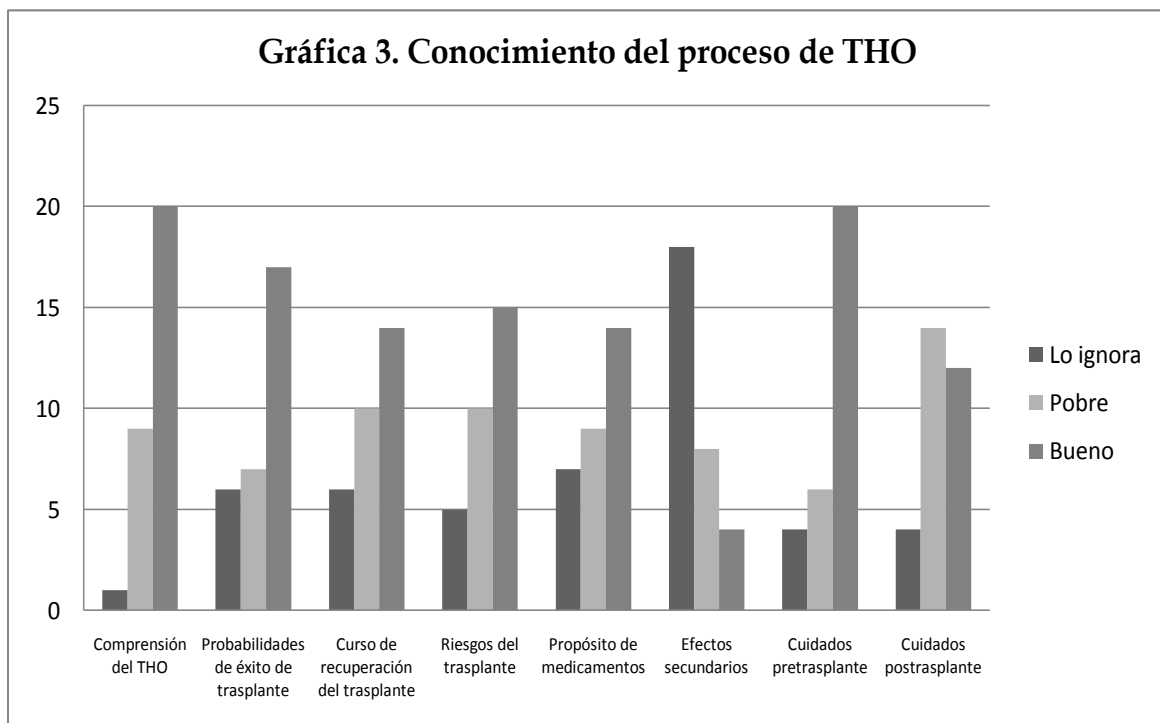
Tabla 14. Áreas de Calidad de Vida, SF36

Reactivos	Escala	Dimensión	
3. Esfuerzos intensos	Escala 1: Funcionamiento Físico	Dimensión A: Salud Física	
4. Esfuerzos moderados			
5. Llevar bolsa de compras			
6. Subir varios pisos			
7. Subir un piso			
8. Agacharse o Arrodiarse			
9. Caminar un Km			
10. Caminar varias manzanas			
11. Caminar una manzana			
12. Bañarse, vestirse			
13. Reducir tiempo}			Escala 2: Rol Físico
14. Hacer menos por salud física			
15. Dejar actividades			
16. Dificultad actividades			
21. Dolor cuerpo	Escala 3: Dolor corporal		
22. Dolor dificultado trabajo			
1. Salud general	Escala 4: Salud General	Dimensión B: Salud Mental	
36. Salud excelente			
34. Sano			
33. Enfermo			
35. Salud va empeorar			
23. Vitalidad	Escala 5: Vitalidad		
27. Energía			
29. Agotamiento			
31. Cansancio			
32. Problemas emocionales	Escala 6: Funcionamiento Social		
20. Actividades sociales			
17. Reducción tiempo por emoción	Escala 7: Rol emocional		
18. Hacer menos por emoción			
19. No trabajo por emoción			
24. Nervioso	Escala 8: Salud Mental		
25. Bajo de moral			
26. Calmado y tranquilo			
28. Desanimado y triste			
30. Feliz			
2. Salud actual			

Área	Descripción
<i>Funcionamiento Físico</i>	Monitorea habilidades para el funcionamiento físico en la vida diaria, como realización de actividades personales, caminata, flexibilidad.
<i>Rol Físico</i>	Evalúa cuáles capacidades físicas limitan la actividad.
<i>Dolor Corporal</i>	Evalúa la experiencia de dolor percibida y la forma en que el dolor ha interferido con las actividades normales durante las últimas 4 semanas.
<i>Salud General</i>	Evalúa la salud general en términos de la percepción personal.
<i>Vitalidad</i>	Evalúa sentimientos de energía y fatiga.
<i>Funcionamiento Social</i>	Evalúa la cantidad de tiempo en que la salud física o los problemas emocionales interfieren con el trabajo y otras actividades.
<i>Rol Emocional</i>	Evalúa los factores emocionales que interfieren con el trabajo y otras actividades.
<i>Salud Mental</i>	Evalúa los sentimientos principalmente de ansiedad y depresión.

Tabla 14. Áreas de Calidad de Vida SF 36. Es de destacar que la Escala de Vitalidad y Salud General son componentes que se incluyen tanto en las Dimensiones de Salud Mental y Salud Física. El reactivo 2, que autoevalúa el cambio de salud durante el último año (reporte de salud), no pertenece a ninguna puntuación, dimensión o total del SF 36.

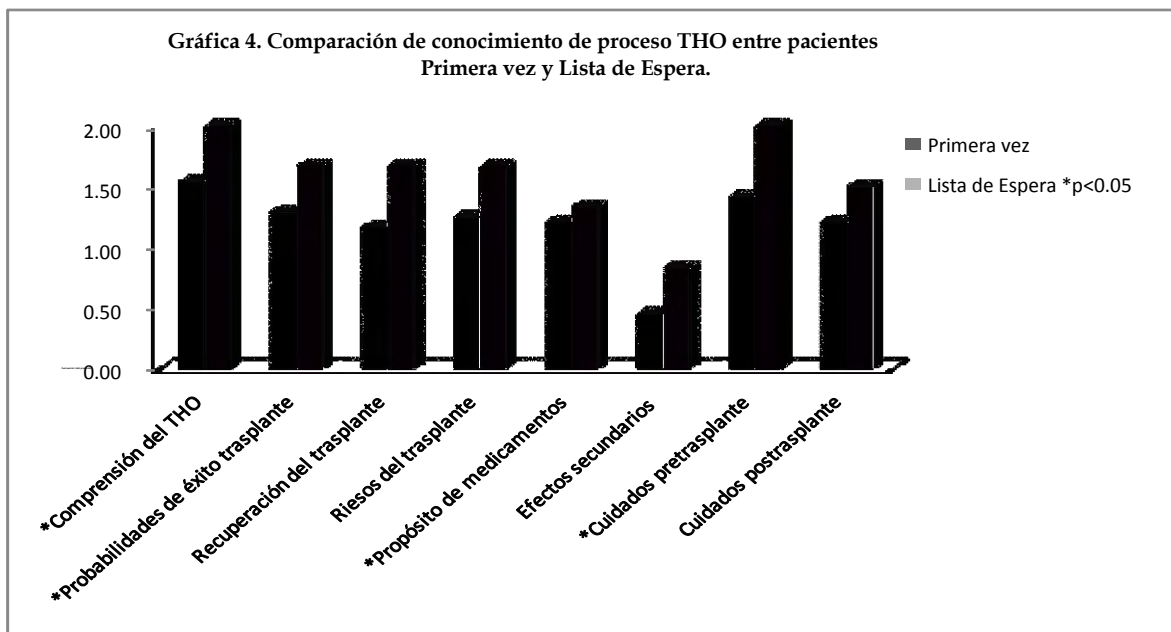
La Gráfica 3 nos muestra los resultados a nivel cualitativo sobre el conocimiento de los pacientes respecto al proceso de trasplante hepático. Las puntuaciones iban de 0: *Lo ignora*, 1: *Pobre*, 2: *Bueno*, 3: *Excelente*. Se evaluaban ocho áreas obteniendo un Total con una máxima puntuación de 24 puntos.



Se observó que la mayoría posee buena información sobre: el proceso de trasplante hepático, probabilidades de éxito, riesgos del trasplante, así como de los cuidados previos a éste. Las áreas donde se observaron menor conocimiento y que es necesario enfatizar con mayor información son: Cuidados postrasplante y efectos secundarios de los medicamentos. Cerca del 33% del grupo aún mantenía ciertas

dudas sobre el curso de recuperación del trasplante y los riesgos que implica éste.

En la Gráfica 4 se observan las comparaciones respecto al conocimiento del proceso de trasplante hepático entre el grupo de primera vez y el de lista de espera, se compararon las medias de las puntuaciones (Prueba T de Student), siendo significativos ($p < 0.05$): Comprensión del Trasplante hepático, Probabilidades de éxito del trasplante, Propósito de los medicamentos y cuidados pretrasplante, obteniendo mayor puntuación aquellos que ya se encontraban en lista de espera.



Se encontraron correlaciones negativas entre el estado anímico del paciente y calidad de vida ($r = -0.399$, $p < 0.05$), siendo que a mayor sintomatología ansiosa y depresiva, menor calidad de vida. Al igual, se encontró que el estado anímico influía en las formas de afrontamiento,

correlacionándose de manera negativa, principalmente en análisis lógico ($r=-.534$, $p<0.01$), resolución de problemas ($r= -.553$, $p<0.01$), contención emocional ($r=-0.396$, $p<0.05$) así como búsqueda de guía y apoyo ($r= -0.432$, $p<0.05$).

Se realizaron correlaciones y prueba chi cuadrada entre escolaridad, estado civil, estatus previo al trasplante y diagnóstico psiquiátrico contra síntomas ansiosos y depresivos, calidad de vida y estilos de afrontamiento, pero no se encontraron datos significativos muy probablemente debido al tamaño del grupo que fue pequeño.

Conclusiones

El objetivo principal del estudio fue evaluar los aspectos psicosociales del paciente candidato a trasplante hepático, que en este caso incluía: sintomatología ansiosa y/o deprimida, estilos de afrontamiento, calidad de vida y conocimiento del proceso de trasplante; se pudieron lograr estos de manera descriptiva y en algunos encontrar diferencias significativas al compararlos ya sea con población general o bien entre aquellos en lista de espera y los que iniciaban protocolo. Actualmente, el trasplante hepático es una de las mejores opciones que hay para los pacientes con cirrosis hepática, impacta positivamente en su salud y en su calidad de vida general (Burra, De Bona, Germani, Canova, Masier, Tomat & Senzolo, 2007; Díaz - Domínguez, Pérez - Bernal, Pérez - San- Gregorio & Martín - Rodríguez, 2006; Sainz - Barriga, Baccarani, Scudeller, Risaliti, Toniutto, Costa, Ballestrieri, Adani, Lorenzin,

Bresadola, Ramacciato & Bresadola, 2005; Tome, Wells, Said & Lucey, 2008), sin embargo, es de destacar que el área de salud mental posee un valor de gran peso en el estudio y preparación de estos pacientes

Los datos obtenidos en el presente estudio, señalan que el grupo de pacientes evaluados tiene una media de 46 años, en etapa productiva de la adultez media, con un padecimiento crónico degenerativo donde la única alternativa para la mejora de su calidad de vida y salud es el trasplante hepático. Se sabe que no cualquiera tiene acceso a éste, dadas las dificultades técnicas así como económicas (costo promedio del trasplante \$600,000 más gastos posteriores no contemplados), siendo en ocasiones personas con mayor escolaridad, recursos sociales y económicos, las probables beneficiadas.

Cerca del 60% del grupo estudiado radicaba fuera del Distrito Federal, que aunado a los gastos de medicamentos, tratamientos y gastos personales aumentaba a éstos el costo de los pasajes y en algunos casos la estancia en el Distrito Federal mientras esperaban sus consultas.

Respecto a las causas de la cirrosis hepática, el 50% de los pacientes presentaron enfermedades autoinmunes, siguiendo los pacientes infectados por Virus de Hepatitis B o C (30%) y un 10% por alcoholismo. Es de señalar que el impacto que la enfermedad tiene en el paciente es diferente en cada una, por un lado los primeros pueden tener un impacto diferente a aquellos que adquirieron la enfermedad

por un virus o por conductas autodestructivas a largo plazo. Ozkan y colaboradores (2006), reportan comorbilidades psiquiátricas ante el diagnóstico de Hepatitis B o C, teniendo un impacto más negativo la última, con mayor prevalencia de depresión.

Aparte de la cirrosis hepática es raro encontrar pacientes con pocas comorbilidades, ya sea por tener otro padecimiento o por complicaciones propias de la cirrosis. Se tuvo a un paciente con un sólo diagnóstico y era cirrosis hepática debido al alcoholismo, siendo un sujeto relativamente “sano” con consecuencias por su conducta previa de ingesta crónica de bebidas alcohólicas. El máximo número de diagnósticos en una persona fue hasta siete.

Respecto a la ingesta de medicamentos, el primer lugar lo ocupan los antihipertensivos y los inhibidores de sales biliares (15%), siguiendo los antiamónicos, inhibidores de bomba de protones (8%). El número máximo de medicamentos consumidos por un paciente fue de ocho, siendo en promedio cuatro por paciente.

Dentro de la Clasificación de Child, el 57% de los pacientes se encontraba en el Estadio B, siguiendo el Child A con 30% de los sujetos. En valores de Meld se encontraban en un promedio de 10.97 puntos $DE=4.83$ con un rango de 3.5 a 22 puntos (los valores criterio que toma el equipo de trasplantes para ingresar a la cirugía van de 17 a 40 puntos), sin embargo, dadas las diversas evaluaciones que se le realizan al paciente previo al trasplante así como el deterioro y las

complicaciones que provoca la enfermedad, se comienzan a seleccionar a los posibles candidatos a trasplante en momentos previos a que lleguen a su punto crítico y aún así, hay pacientes que no terminan la valoración y fallecen por complicaciones de la enfermedad.

En comorbilidad psiquiátrica, se encontró a pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad (6.7%), del estado de ánimo (6.7%) y adaptativos (20%). Al realizar la aplicación de la escala del HAD, que evalúa síntomas de ansiedad y depresión, una de las hipótesis se pudo comprobar, el 50% de los pacientes, presentaban sintomatología ansiosa, 13 de ellos iniciando protocolo y 2 estando en lista de espera. Respecto a sintomatología de depresión, cuatro pacientes de primera vez la presentaron. En un estudio realizado en Estados Unidos (Stilley, Miller & Tarter, 1997) reportan una incidencia de 26% con depresión moderada y un 12.5% con sintomatología ansiosa; mientras que otros (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Direitinho, Morbey & Monteiro, 2008). reportan prevalencia de depresión de 25% y ansiedad del 22%. En otro estudio (Kraus, Shafer, Csef, Sheurlen & Faller, 2000), los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con cirrosis, se encuentran con niveles iguales o mayores que los que presentan pacientes con diagnóstico de cáncer. Es importante enfatizar la exploración del estado de ánimo, ya que puede condicionar la estabilidad del paciente y darle un seguimiento estrecho debido a diversos factores que pueden influir en él.

Las formas de afrontamiento detectadas fueron en su mayoría positivas o adaptativas (coincide con los datos obtenidos con Kraus, et.al. 2000): Resolución de problemas, Búsqueda de guía y apoyo, Aceptación o Resignación y Análisis Lógico, no se encontraron diferencias significativas entre los que estaban en lista de espera y los de primera vez.

Las formas de afrontamiento mal adaptativas o negativas fueron contención emocional y evitación cognitiva, que los pacientes reportan como las menos utilizadas. La literatura menciona que las estrategias adaptativas de afrontamiento se relacionan positivamente con la adherencia terapéutica pretrasplante, apoyo social y predicciones de sobrevivencia; por otro lado, la incidencia de estrategias de afrontamiento mal adaptativas han sido asociadas con vulnerabilidad y estrés sostenido postoperatorio; no adherencia al tratamiento posterior a éste así como una mayor percepción de severidad de la enfermedad (Stilley, Miler, Gayowski & Marino, 1999; Streisand, Rodrigue, Sears, Perri, Davis & Banko, 1999; Paterson, Gayowski, Wannstedt, Wagener, Marino, Vargas, Laskus, Rakela & Singh, 2000; Constant, Castera, Quintard, Bernard et. al., 2005).

Es de resaltar que los pacientes que se encuentran en lista de espera utilizan menos el estilo de afrontamiento de aceptación o resignación ($x=4.7$ $DE=0.91$) en comparación con los de primera vez ($x=4.78$, $DE= 0.83$) sustituyéndolo por análisis lógico ($x=5$, $DE=0.91$), probablemente se deba a la etapa en la que se encuentran, debido a que

tienen más asimilada su enfermedad y el procedimiento de trasplante que esperan.

Respecto a la calidad de vida, se observa una disminución notable en las diversas áreas que involucra el instrumento, siendo significativamente menores comparadas con la población mexicana: vitalidad, rol físico, funcionamiento físico, dolor corporal así como las dimensiones tanto de salud física y mental. Otros estudios han relacionado la calidad de vida con la sintomatología física presente, siendo las principales reportadas: cansancio, disminución del apetito, pérdida de masa muscular, feminización, ictericia, ascitis, alteraciones en el sueño y encefalopatía (González, 2003; Diliz et.al. 1994; Haag et.al. 2008; Streisand et.al. 1999; Younossi, Guyatt, Kiwi, Boparai & King, 1999). Sin embargo, en este estudio no se incluyó algún listado de síntomas actuales.

Al evaluar de una manera cualitativa el conocimiento de diversas áreas sobre el trasplante hepático en los pacientes, se observa que poseen información adecuada en la mayoría de los procesos previos al trasplante y en qué consiste éste, pero ya en los datos que involucran riesgos, curso de recuperación o cuidados posteriores al trasplante y efectos secundarios de los medicamentos no lo dominan del todo. Muchas veces los pacientes no preguntan por falta de asertividad, temor a que el médico se moleste, o bien por desconocimiento, a pesar de ello, en las sesiones de retroalimentación se enfatizaba el realizar preguntas específicas a su médico tratante, para que el paciente se

encuentre informado, pueda prever situaciones y tener un mejor manejo de ellas en caso de que sucedan. Situaciones similares se han visto en pacientes y familiares con otros padecimientos, como el cáncer prostático (Docherty, Brothwell & Symons, 2007). Existen estudios (Constant, Castera, Quintard, Bernard, et. al., 2005) donde han encontrado que la comunicación del médico (en este caso hepatólogo) y paciente, sobre su padecimiento influye en el afrontamiento de la enfermedad de una manera más positiva, en su percepción sobre la severidad de la enfermedad, al igual que el mantenerse informado por medios electrónicos como el internet.

Al comparar las medias de puntuaciones entre las personas de primera vez y los de lista de espera, se observan diferencias significativas en comprensión del proceso, probabilidades de éxito, propósito de los medicamentos y cuidados pretrasplante, teniendo las mayores puntuaciones aquellos que estaban en lista de espera. Es de señalar que a pesar de haber encontrado estas diferencias, la comparación entre grupos no era proporcional, dado que sólo se tenían 6 pacientes de lista de espera. El área de menor puntuación que salió significativa ($p < 0.05$) fue la de propósito de los medicamentos, donde la media de los de primera vez era de $x=1.21$ y la de lista de espera $x=1.33$ siendo la puntuación máxima a alcanzar de 3, quedando bajo reservas esta comparación. A pesar de esto, era de esperarse, que al pasar por un proceso largo de evaluaciones y diversas interconsultas con médicos especialistas, nos referimos a aquellos en lista de espera,

la persona se vaya informando y tomando mayor destreza en el manejo de su enfermedad y futuro tratamiento (en este caso el trasplante).

Respecto a algunas limitaciones en el estudio fue el número pequeño de pacientes que se encontraron en lista de espera, dada la disponibilidad de horario y coincidencias con citas médicas (por la lejanía de la vivienda), para poder realizar comparaciones posteriores y tener aún datos más sólidos. Sin embargo se logró cubrir a casi todos los pacientes que están actualmente en protocolo (según datos del Instituto, se tienen hasta el momento del reporte, 26 pacientes en protocolo).

Considerando la accesibilidad de los pacientes y el tiempo invertido en la investigación (tres horas promedio por paciente), pudo haberseles aplicado escalas complementarias como un listado de sintomatología física que pudiera correlacionarse después con los datos expuestos.

Se propone la elaboración de material específico del proceso de trasplante como información escrita para el paciente y su familia, a fin de ampliar su conocimiento y superar las barreras que la distancia o información distorsionada pueda llegar a ellos, así como continuar con el grupo de apoyo de pacientes para ofrecerles psicoeducación constante, seguimiento emocional y contención dado el periodo de espera largo y las dificultades progresivas de la enfermedad, además de que fomentan el apoyo social entre los mismos pacientes.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición se tiene la experiencia de años de trabajo continuo con estos pacientes, realizando un seguimiento estrecho desde el inicio de su padecimiento hasta su hospitalización para el trasplante y su seguimiento por años. Lo que sigue, es tener todos estos datos en valores cuantitativos para su análisis posterior y comparación con los estándares internacionales en el área. Con este estudio se logró obtener una pequeña base de datos que si se continuara pudiera aumentar en número, variables, así como en el número de seguimientos con cada uno de los pacientes.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Hospital Juárez de México

Servicio de Trasplantes

Características del Hospital Juárez de México



Antecedentes: El Hospital Juárez de México (HJM) tiene sus inicios en el año de 1847, en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo. La dirección se quedó a cargo de Sor Micaela Ayanz quien con un grupo de hermanas de la caridad, el cura y el médico de la iglesia comenzaron a prestar sus servicios durante la invasión norteamericana. Desde su fundación, la historia del HJM ha estado ligada estrechamente a grandes acontecimientos de la Historia de México y el impacto de éstos se ha reflejado en el hospital. También ha ido adquiriendo prestigio en el campo de la cirugía, llegando a considerársele como cuna de la Cirugía en México, destacando procedimientos quirúrgicos nacionales e internacionales. El 19 de Julio de 1872, a la muerte del Benemérito de las Américas se le nombra al Hospital con su apellido. Durante el terremoto de Septiembre de 1985, la torre de hospitalización se derrumbó, habiendo múltiples pérdidas humanas y materiales. La nueva sede, donde se realizó la residencia de Medicina Conductual, se inauguró en 1989, dotándole de adelantos de la Medicina Moderna.



Actualmente cuenta con una superficie de 61,500 metros cuadrados, donde se construyeron siete edificios, con zona de áreas verdes.

Ubicación: El HJM se encuentra en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas CP 07760, México, D.F.

Nivel de atención: Es un hospital de tercer nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 18 especialidades y subespecialidades con reconocimiento universitario.

Servicios del HJM: El hospital cuenta con un total de 7 edificios, 50 consultorios, 10 quirófanos, 4 niveles en la torre de hospitalización, 400 camas censables, 135 no censables, 69 consultorios, 10 aulas, 1 auditorio, biblioheroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina y comedor (http://facmed.unam.mx/hjm/fra_historia.html).

Servicio de Trasplantes: El servicio se fundó en 1991. Se han realizado hasta el año 2007, 125 trasplantes renales, 71 de donadores vivos relacionados (56.8%) y 54 de donador cadavérico (43.20%); se han formado 10 cirujanos en trasplantes, obteniendo en 1998 el reconocimiento al curso universitario de Trasplantes, presentando diversos trabajos en investigación en congresos nacionales, ganando en

Octubre 2007 un reconocimiento especial en el Congreso Nacional de Trasplantes el premio por mayor productividad científica.

En el año 2007 estaba formado por: un Jefe de Servicio, tres médicos adscritos, tres médicos residentes especialistas en cirugía que realizaban curso de subespecialidad en trasplante renal por 12 meses, 18 enfermeras divididas en turno matutino, vespertino y nocturno, una jefa de coordinación de trasplantes, una subjefa de coordinación de trasplantes, una trabajadora social y una secretaria.

Líneas de Autoridad: Se tenía como primera autoridad al Jefe de Servicio y al Supervisor in Situ. En los casos de permisos vacacionales también se debía solicitar autorización al Jefe de Enseñanza del HJM.

Supervisión in Situ: Durante la rotación se recibió apoyo del Dr. Ricardo Gallardo Contreras, médico Psiquiatra adscrito al Servicio de Psiquiatría y Psicología del HJM.

Supervisión Académica: Se obtuvo supervisión de casos y apoyo bibliográfico de la Mtra. en Psic. Cristina Bravo y del Dr. y Mtro. en Psic. Leonardo Reynoso Erazo.

Servicio de Trasplantes

Actividades Realizadas

Antes de describir las actividades realizadas durante la rotación en el Servicio de Trasplantes, se comentará un poco sobre el espacio físico disponible para la realización de dichas intervenciones, que a decir verdad, era uno de los pocos servicios en el HJM y de la Residencia, donde se contaba con grandes facilidades para el trabajo con el paciente.

Espacio Físico Disponible para la realización de intervenciones.

✓ Sala de Usos Múltiples.

El contexto de las intervenciones individuales y grupales se llevaron a cabo en la Sala de Usos Múltiples del Servicio de Trasplante, la cual constaba de un espacio físico de 8 x 3 m. aprox., 20 sillas, 2 escritorios, 1 TV y baño; espacio suficiente para brindar una atención psicológica adecuada a los pacientes.

✓ Aislados

En caso de que no hubiera paciente en aislado, se podía ocupar este espacio, teniendo mayor privacidad con los pacientes. En total eran tres aislados, dos de los cuales presentaban las siguientes características: 5 x 5 m. aprox., con dos camas o una cama y sillón, tripié, una ventana: y un aislado de 6 x 5 m aprox., con 2 camas, un sillón, campana de flujo laminar (donde se esterilizan los

medicamentos del paciente), tripié y un baño. Generalmente en el último aislado ponen al paciente recién trasplantado para que evite al 100% todo contacto con el exterior y así no presente rechazo agudo del injerto.

✓ Consultorios de Consulta Externa

Algunas intervenciones psicológicas se llevaron a cabo durante la Consulta Externa, en casos de intervención en crisis.

✓ Pasillos o Salas de espera.

A veces se abordaban a los familiares o pacientes en estos lugares y se les ofrecía intervención psicológica, sin embargo, el nivel de distracción, ruido y variables extrañas era evidente.

Actividades Realizadas durante la Rotación.

Las actividades que se realizaron durante la rotación en el Servicio de Trasplante Renal se podrían clasificar en tres rubros:

- I. Actividades de Apoyo Psicológico
- II. Actividades Académicas
- III. Actividades Profesionales no programadas.

A continuación, se describirán cada una:

I. Actividades de Apoyo Psicológico

Involucran todas aquellas actividades que tienen relación con el manejo del paciente en el Servicio de trasplantes, desde la captación en consulta externa, intervenciones individuales, grupales, evaluaciones tanto a pacientes como familiares, y son:

1. Pase de visita

Visita diaria a cargo de la Subcoordinadora de Trasplante, médicos residentes y residentes de Medicina Conductual. Se abarcan las áreas de:

- i) Terapia intensiva de Pediatría.
- ii) Hospitalización de Neurocirugía.
- iii) Área de terapia Intensiva Adultos.
- iv) Servicio de Urgencias.

El propósito era detectar pacientes en estado o posible diagnóstico de muerte cerebral, ya que los pacientes en tal condición son susceptibles de ser donadores cadavéricos de riñones o hígado, entre otros órganos.

2. Pláticas de primera vez.

Cada semana por parte de trabajo social, se programaban pláticas de información a familiares y pacientes que ingresaban por primera vez al Servicio de Trasplante Renal. Se les daba un panorama

general sobre el protocolo de trasplante desde las tres áreas de estudio (médica, psicológica y social), con el fin de aclarar dudas y creencias que el paciente o la familia pudieran tener.

3. Evaluación psicológica del donador y receptor.

En el Hospital Juárez de México se siguen los criterios de evaluación tanto para donadores como receptores establecidos por Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado y Reynoso (2001) el cual tiene como objetivo cumplir con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de Donación y Trasplantes publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 26 de mayo del 2000 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, con respecto a los criterios de inclusión del receptor y del donador vivo relacionado.

La evaluación consiste en aplicar los siguientes instrumentos:

- Entrevista Estructurada para Trasplante Renal para donador y receptor vivo relacionado y cadavérico (EETR).
- Instrumento de Evaluación de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE)
- Escala de Adherencia Terapéutica de Pacientes Renales

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Inventario de Personalidad 16 PF

Se ofrecía retroalimentación de los resultados obtenidos tanto a los pacientes como a los donadores.

4. Preparación para los pacientes candidatos a trasplante (donador vivo relacionado y/o receptor).

Según lo detectado en la entrevista, los instrumentos y las habilidades clínicas se preparaba un programa individual específico con técnicas cognitivo conductuales a fin de dotarlos de herramientas para el proceso de trasplante, incluyendo: psicoeducación, disminución de ansiedad y depresión, cuidados pre peri y post operatorios, preparación para el periodo de aislamiento, adherencia al ejercicio, dieta y medicamentos.

5. Realización de resumen de valoración psicológica.

Se realizaba un resumen psicológico que informaba si el paciente y/o donador eran candidatos aptos para la realización del trasplante, basado en los criterios de inclusión mencionados previamente. Se leía al paciente el resumen y posteriormente se le invitaba a firmarlo, de igual forma el documento contenía las firmas de la psicóloga que lo había elaborado y el VoBo del Jefe de Servicio

del Dpto. de Psiquiatría, quien entrevistaba al paciente para corroborar los datos. El resumen era entregado a los médicos para integración del expediente (Anexo 1).

6. Trabajo con pacientes con IRCT en lista de espera de donante cadavérico.

Una vez al mes se citaba a los pacientes que se encontraban inscritos en la lista de espera nacional para actualización de datos sociodemográficos, revisión médica y entrevistas individuales con psicología.

Al principio, se realizaba una entrevista de seguimiento de caso con los pacientes y se ratificaba la aprobación de los criterios psicológicos necesarios para el trasplante. En caso necesario se daba cita para iniciar o continuar un trabajo terapéutico. Trascurrido un año se realizaba la actualización de la batería de instrumentos psicológicos.

Dada la demanda cada vez mayor de los pacientes y por sugerencia de algunos, se optó por formar un grupo, (en años anteriores se había llevado un grupo similar, sin embargo no se dio continuidad con los residentes anteriores) donde la reunión era mensual, abordando diferentes temáticas sobre el padecimiento, tratamiento, situaciones emocionales, trabajo junto con familiares e

invitando tanto a personal médico como pacientes ya trasplantados (Anexo 2).

7. Apoyo psicológico en el período pre y perioperatorio.

Cuando existía donante de fuente cadavérica, el trabajo comenzaba desde la recepción de las familias y los pacientes en su llegada al hospital (la Coordinación de Trasplantes les llamaba por teléfono a las primeras cuatro personas en lista de espera y que coincidieran con el grupo sanguíneo del donante). Una vez reunidos, se les invitaba a pasar a una sesión de información, donde se les explicaba cuál sería el procedimiento a seguir: toma de muestras de sangre, espera de resultados y sobre todo enfatizar que sólo se escogerían a dos personas, las más compatibles y con menor riesgo de entrar a cirugía, quedando las otras dos personas en lista de espera. Se resolvían dudas, se realizaba un chequeo de los documentos importantes y también de los objetos necesarios para higiene personal, en caso de ser seleccionados. Se retroalimentaba tanto a familiares como a pacientes, ofreciéndoles apoyo emocional en todo momento.

Posterior a ello, se trabajaba con los cuatro pacientes en entrenamiento en técnicas de relajación, expresión de emociones y en casos especiales se ofrecía intervención individual.

Cuando los médicos confirmaban quiénes se quedarían para cirugía, lo hacían en conjunto con el área de psicología, a fin de identificar las reacciones de los integrantes.

A los pacientes seleccionados y a familiares se les leía el consentimiento informado de la cirugía, en caso de tener dudas se resolvían (si eran del área médica, se pedía a los médicos que ofrecieran retroalimentación). Posteriormente, los pacientes recibían instrucciones de enfermería para prepararse para cirugía, se monitoreaba continuamente estado de ánimo; también se trabajaba con los familiares y pacientes que no habían sido seleccionados, dependiendo del caso, se trabajaba intervención en crisis, solución de problemas, expresión de emociones, etc.

Una vez en quirófano, previo a la aplicación de la cirugía, se trabajaba con los pacientes técnicas de relajación ya revisadas con anterioridad y respiración diafragmática. Al terminar la cirugía, se apoyaba a los médicos anestesiólogos para despertar al paciente y orientarlo en espacio, tiempo y lugar. También se trabajaba con la familia, la cual se encontraba igualmente estresada y ansiosa, en expresión de emociones, técnicas de relajación, distracción y solución de problemas.

En la experiencia personal, se tuvo la oportunidad de asistir a todas las cirugías completas, un total de 12 (10 de donador cadavérico y 2 de donador vivo relacionado), donde los médicos fueron siempre muy accesibles a la enseñanza y explicación de los procedimientos, lo cual fue muy motivador y enriquecedor tanto profesional y personalmente.

Normalmente las cirugías de donador cadavérico se realizaban en la noche y parte de la madrugada debido a las condiciones que debe de llevarse un trasplante. Por lo cual, había que quedarse todo el día y toda la noche.

En el caso de los pacientes de donador vivo relacionado, cuando se tuvo programada la cirugía, se trabajó tanto con el donador como con el receptor y la familia de manera similar.

8. Apoyo psicológico en el período de aislamiento.

Una vez terminada la cirugía, el paciente se recupera en uno de los cuartos de aislamiento antes descritos, donde debido a las condiciones médicas en que se encuentra (inmunosuprimido a dosis altas), se necesita la permanencia del paciente en ese lugar entre 10 y 40 días, dependiendo de la evolución de éste. Es importante que se haya trabajado previamente con el paciente sobre este punto, pues se debe evitar cualquier tipo de contacto externo a excepción de los

médicos, enfermería y psicología, quienes con los cuidados necesarios pueden pasar y apoyar al paciente durante su convalecencia.

Se pasaba visita diaria a paciente, abordando desde manejo de dolor, técnicas de distracción, expresión y apoyo emocional, manejo de tiempo libre, entre otros. En conjunto se trabajó con los familiares, donde se ofrecía información sobre su paciente, se monitoreaba estado emocional, distribución de actividades, procuración de descanso, alimentación e higiene adecuados.

9. Consulta externa.

Se asistía a la consulta externa de los médicos de trasplante, a fin de conocer a los pacientes, tanto los que ingresaban por primera vez a protocolo que se les invitaba a las pláticas de primera vez; los subsecuentes, para detección de problemas específicos como ansiedad, depresión, falta de adherencia, problemas familiares, ideas erróneas o prejuicios sobre el padecimiento y/o tratamiento, entre otros. Así como la realización de seguimiento de pacientes post trasplantados, realizando intervención en crisis, en caso de rechazo del injerto y que debían volver a un método sustitutivo (diálisis o hemodiálisis) hasta que su organismo pudiera recuperarse y volver a intentar otro trasplante. También se

consultaba a los donadores y en su caso, si había la necesidad se trabajaba con los cuidadores y/o familiares.

Las intervenciones en consulta externa eran breves, pero si se necesitaba de mayor espacio y tiempo, se les daba cita para seguimiento individual.

10.Elaboración de notas clínicas.

Cada vez que se atendía a un paciente o familiar, se realizaba una nota clínica en los expedientes del Servicio de Trasplantes, con el fin de dejar constancia del trabajo realizado y para la realización de un adecuado seguimiento.

11.Guardias.

Éstas se realizaban una vez que había un posible donante de fuente cadavérica, idealmente desde el momento de ingreso al hospital hasta la firma de la hoja de Consentimiento Informado del paciente candidato a trasplante. Sin embargo, se optaba por quedarse durante todo el procedimiento quirúrgico para el trabajo en conjunto con el paciente y familiares, teniendo que pasar toda la noche en el hospital y al siguiente día continuar con las labores programadas. En casos especiales se realizaban pases de visita los fines de semana cuando había pacientes de trasplante internados.

II. Actividades Académicas

Además de las actividades propias del Servicio de Trasplantes, se tenían otras actividades dentro del hospital que implicaban el desarrollo profesional de los residentes. Las actividades fueron las siguientes:

12. Seguimiento de protocolo de investigación.

Una de las necesidades del Servicio de Trasplantes, era la elaboración de un protocolo de evaluación para pacientes candidatos a trasplante hepático, dado que se iniciaría con el programa. En fases iniciales, se le presentó una propuesta de entrevista semiestructurada al médico adscrito y se comenzó a llevar a cabo en los pacientes canalizados (dos hombres y una mujer), sin embargo con ninguno se terminó debido a la inasistencia de los pacientes por motivos personales y en el caso de la mujer por su fallecimiento debido a complicaciones de su enfermedad. Sin embargo se retomó la propuesta para la siguiente sede, el Instituto de Ciencias Médicas y de Nutrición "Salvador Zubirán".

13. Sesión académica en el área de trasplante.

Sesión realizada en conjunto con la coordinación de trasplantes, trabajo social, enfermería y psicología. Se trataban temas correspondientes a cada área mediante exposiciones, con el objetivo

de conocer el trabajo de cada profesional, afianzando de esta manera el sentido de pertenencia como equipo multidisciplinario.

14.Sesión clínica.

Sesión semanal realizada con todo el personal de Psicología a fin de exponer casos clínicos y proporcionar retroalimentación. En el Anexo 3 se puede observar el caso presentado en Julio 2007.

15.Sesión general.

Sesión realizada los miércoles de 12:00 a 13:30 hrs. en el Auditorio para los estudiantes, residentes y médicos adscritos del Hospital Juárez de México, abordando sobre todo temas médicos y en algunas ocasiones sesiones culturales.

16.Sesión académica con el supervisor in situ.

Sesión semanal realizada con el supervisor in situ, con el objetivo de revisar material bibliográfico. Asistían todos los residentes de Medicina Conductual de la sede.

17.Sesión bibliográfica con el supervisor in situ.

Sesión semanal a cargo del Jefe de Psiquiatría (supervisor in situ), con la presencia de todos los residentes de medicina conductual, psicólogos adscritos, internos del área de Psiquiatría y estudiantes de Psicología en servicio social. Se realizaba una revisión de

artículos recientes en temas de Psicología mediante exposiciones de teoría y artículos.

18. Supervisión semanal con el Supervisor académico.

Sesión semanal a cargo de la supervisión académica (Universidad Nacional Autónoma de México). Al principio era en la presencia de todos los residentes de la Maestría de Medicina Conductual de la sede, con la Mtra. en Psic. Cristina Bravo; posteriormente se realizaron cambios, estando solamente en supervisión áreas afines, en nuestro caso, se realizó supervisión junto con el área de Nefrología, con el Mtro. en Psic. Leonardo Reynoso Erazo.

Se abordaban temas de psicología, intervención con enfoque cognitivo conductual, supervisión de casos clínicos, asesoría en los protocolos de investigación y apoyo emocional en caso de necesitarlo. A partir de Enero 2008 se incluyó dentro de la supervisión por parte del área de Trasplantes, a la Mtra. Areli Reséndiz Rodríguez, ex residente de Medicina Conductual que estuvo en el área de Trasplantes, realizando similares actividades a los supervisores académicos.

Horario de Actividades durante la Rotación en el Servicio de Trasplantes.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 - 9:00	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita Sesión Académica de Trasplantes	Pase de visita Sesión Bibliográfica	Pase de visita
9:00 - 10:00	Paciente	Paciente	Paciente	Consulta Externa de Pacientes Trasplantados	Consulta Externa de Pacientes en Protocolo de Trasplantes
10:00 - 11:00	Paciente	Sesión Académica	Sesión Clínica		Paciente
11:00 - 12:00	Paciente	Paciente	Pláticas de primera vez		Paciente
12:00 - 13:00	Supervisión con Académico	Paciente	Sesión General	Paciente	Paciente
13:00 - 14:00	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente

III. Actividades Profesionales no programadas

Durante el desarrollo de la residencia inicialmente se formó un calendario de actividades anual a fin de programar y dar espacio suficiente a cada una de las actividades. Se revisaba el calendario y se le hacían las modificaciones respectivas aproximadamente cada tres meses, con el fin de terminar en tiempos acordados. Sin embargo, se contó con actividades profesionales no programadas dentro del

Servicio de Trasplantes que indicó un reto y a la vez una gran satisfacción.

- a) Por parte del Servicio de Trasplantes se pidió al área de Psicología elaborar un protocolo de evaluación e intervención a pacientes candidatos a trasplante hepático pues se abriría ese programa a cargo del Dr. Armando González González, recién capacitado en España para cirugía en Trasplante Hepático. Siendo así, se elaboró una propuesta de evaluación. Retomándolo para la siguiente sede, donde se retomó como proyecto de investigación.
- b) Se ofreció capacitación en Evaluación e Intervención con pacientes candidatos a trasplante renal y postrasplantados, a Licenciados en Psicología de Tlaxcala y Quintana Roo ya que se harían cargo del área de Psicología en Trasplantes en su sede hospitalaria.

Sede	Fechas de curso	Nombres
<i>Hospital Particular Galenia, Cancún, Quintana Roo.</i>	1º Junio al 31 de Agosto 2007.	Lic. Luis Daniel Pérez Sánchez.
<i>Hospital General Regional "Emilio Sánchez Piedras" Tlaxcala.</i>	2 al 13 de Julio 2007. 30 Julio al 10 de Agosto 2007.	Lic. Mónica Janet García Valencia. Lic. Silvia Degante Huerta.

- c) Asistencia a “Entrenamiento en Evaluación e Intervención clínica en pacientes candidatos a trasplante hepático que se encuentran en Consulta Externa y/o Hospitalización en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición “Salvador Zubirán”, bajo la supervisión de la Dra. Judith González Sánchez, Responsable del Departamento de Neurología y Psiquiatría del mismo Instituto, de Noviembre 2007 a Febrero 2008.
- d) Asistencia como invitada y asesora del área de Psicología al Primer Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado, en el estado de Tlaxcala, 16 de Octubre 2007.
- e) Participación en la Semana Nacional de Trasplantes 2007. Ofreciendo información al público en general.

Población atendida durante la rotación

El Servicio de Trasplantes es conformado por un equipo interdisciplinario. La población atendida, comparada con otros servicios es menor, sin embargo se requiere del conocimiento integral del paciente, puesto que desde que inicia el protocolo y se opera, se le da seguimiento de por vida, formando así un expediente completo.

A continuación se presentan las estadísticas de los pacientes atendidos durante los meses de febrero 2006 a febrero 2007.

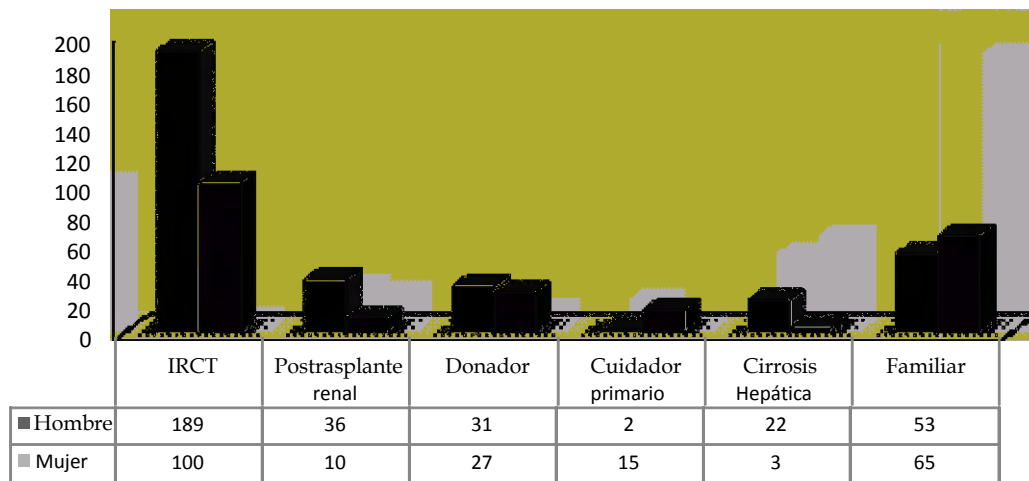
Estadísticas

El promedio de edad de los pacientes y familiares atendidos fue de 32.7 años, la edad mínima fue de 8 años y máxima de 77 años. En total fueron 553 pacientes, 220 mujeres y 333 hombres (Gráfica 5).



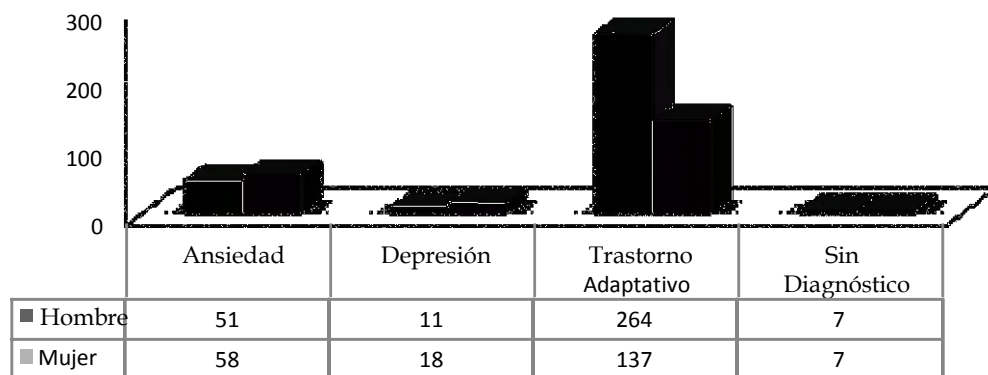
La población médica atendida fue de insuficiencia renal crónico - terminal con 289 pacientes, siguiendo con los familiares (118), donadores (58), pacientes trasplantados (46), pacientes con cirrosis hepática 25 y cuidadores primarios 17 (Gráfica 6).

Gráfica 6. Diagnóstico Médico, Servicio de Trasplantes, HJM.

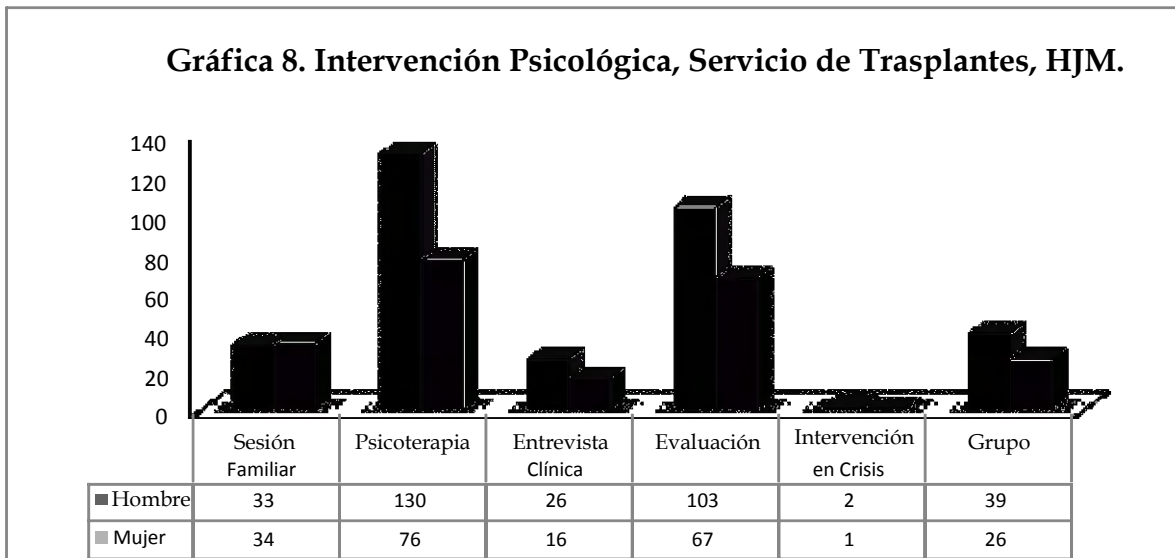


El diagnóstico psicológico más frecuente fue el de trastorno adaptativo, caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, presentándose durante los 3 meses siguientes (DSM IV, Masson, 1995). Siguiendo aquellos con sintomatología ansiosa (109) y depresiva (29). Sin diagnóstico 14 personas solamente (Gráfica 7).

Gráfica 7. Diagnóstico Psicológico, Servicio de Trasplantes, HJM.



En la Gráfica 8 se pueden observar las intervenciones psicológicas más frecuentes, siendo la primera la psicoterapia (206 intervenciones), siguiendo la sesión de evaluación (170), sesiones familiares (67), sesiones grupales (65), entrevista clínica (42) e intervención en crisis (3).



Asistencia a eventos académicos

Se participó en los siguientes eventos:

- Asistencia al *II Curso y VI Curso Internacional de Nutrición en Enfermedades Renales*, Mayo 2007, Hospital Juárez de México. México, D.F.
- Asistencia al *Primer Congreso Nacional de Médicos Mexicanos "Dr. Hugo Aréchiga Urtuzuástegui"*, Junio, 2007, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F.

- Asistencia al Taller: *Aspectos Médicos y Psicológicos en Cuidados Paliativos del Paciente con Cáncer*", Junio 2007. Facultad de Psicología, UNAM.
- Asistencia al 31o Congreso Interamericano de Psicología. Julio 2007, México, D.F.
- Ponencia denominada: *"Manejo de Ansiedad en Receptor ante cirugía de Trasplante Renal de donación cadavérica"*. XV Congreso Mexicano de Psicología "El Trabajo del Psicólogo y su Relación con otras Ciencias". Octubre 2007, Sonora, México.

Evaluación del Sistema de Supervisión

Supervisión in situ: Un aspecto importante en el aprendizaje y la práctica profesional. Ofrecía apoyo a los residentes en el ámbito laboral y aunque la corriente teórica de formación era distinta a la que se lleva en la Maestría, daba espacio para actualizarnos en temas de relevancia y retroalimentaba con su experiencia clínica.

Supervisión académica: Principalmente realizada por profesionales experimentados en el ámbito clínico, ofrecían retroalimentación y guía tanto teórica y emocional, para lograr un desempeño eficaz en el curso de la Residencia.

Competencias Profesionales alcanzadas

Al finalizar el primer año de residencia se desarrollaron las siguientes competencias profesionales:

- Trabajo en un equipo interdisciplinario con médicos adscritos, residentes, personal de enfermería y trabajo social.
- Capacidad de adaptación al ambiente médico, con sus reglas y nomenclaturas.
- Apego a las normas institucionales y del Servicio de Trasplantes.
- Adaptación al equipo de trabajo de acuerdo con sus horarios y actividades.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Diseño de intervenciones cognitivo - conductuales de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Elaboración y actualización de expedientes clínicos tanto de donadores como receptores.
- Actualización continua de temas referentes a Psicología, Trasplantes, intervenciones cognitivo - conductuales, etc.
- Preparación de trabajos de investigación / clínicos del mismo campo para presentación en Congresos relacionados con el área.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante las limitantes reconocidas.

Conclusiones y Sugerencias

El trabajar en una sede Hospitalaria de gran renombre y en especial en el Servicio de Trasplantes fue una experiencia muy enriquecedora. Específicamente en este servicio se cuenta con muchas ventajas desde el ingreso de la residencia, ya que al psicólogo se le ve como parte fundamental del equipo interdisciplinario, se le trata como profesionalista y se le dan todas las facilidades para trabajar tanto con los pacientes como familiares a nivel individual o grupal.

A través de la interacción con el personal médico, social y de enfermería se logra un trabajo conjunto y complementario, logrando un manejo integral del paciente desde el inicio de su evaluación hasta su posterior seguimiento.

Es necesario que se mantenga todo lo ya ganado por los anteriores residentes, ya que el profesionalismo y la flexibilidad del residente ha hecho que el personal involucrado en trasplantes logre ver su valor y las aportaciones de la Psicología en esta área.

Dada la vasta información respecto al área de Psicología que se tiene en el Servicio de Trasplantes, se sugeriría:

- Iniciar con protocolos de seguimiento de los pacientes ya trasplantados y donadores.
- Dar citas frecuentes y obligatorias a los pacientes y familiares posteriores a su trasplante.

- Formación de cursos estandarizados (con bibliografía y material visual) de la intervención psicológica en el área de Trasplantes, puesto que otros profesionistas de otros estados están interesados en capacitarse y adquirir conocimientos para llevarlos a su lugar de origen.
- Tener protocolos establecidos para la evaluación e intervención con niños, adolescentes y adultos que son candidatos a trasplante.
- Trabajo conjunto con familiares, principalmente cuidadores primarios.
- Trabajo profesional en la difusión de información sobre la donación de órganos.
- Mantener una carpeta de los documentos necesarios en el área de Trasplantes así como las pruebas psicológicas completas y originales que se utilizan frecuentemente, para que las generaciones que vienen, tengan los datos a la mano y les sea más accesible el trabajo.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ)

Servicio de Trasplantes.

Características del Instituto



Antecedentes: Tiene sus orígenes desde 1944, cuando se decide transformar y modernizar el Servicio de Enfermedades de la Nutrición del Hospital General de la Ciudad de México, a Hospital de Enfermedades de la Nutrición, siendo su fundador el Dr. Salvador Zubirán. Desde su fundación, ha sido una Institución médica modelo donde se realizan actividades de asistencia, enseñanza e investigación. Actualmente se ha convertido en una Institución líder, teniendo gran impacto en el país y a nivel internacional en el ámbito de la medicina interna, la cirugía y la nutrición.

Ubicación: El INCMNSZ se encuentra ubicado en Calle Vasco de Quiroga #15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, 14000 México, D.F.

Nivel de atención: El Instituto es de tercer nivel de atención, cuenta con servicios de internamiento y de consulta en más de 40 departamentos y

clínicas, abarcando casi todas las especialidades y subespecialidades médicas.

Servicios del INCMNSZ: Cuenta con una Torre de hospitalización con 4 niveles, Unidad de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, 1 edificio de Consulta Externa con más de 50 consultorios, 7 quirófanos, 5 edificios de subespecialidades médicas con laboratorios propios, Área de Psicología y Tanatología, 1 Laboratorio de análisis médicos, 1 Auditorio, 1 Biblioteca, 1 Departamento de Computación, 1 Edificio de Enseñanza Médica con 7 aulas, 1 Departamento de Enseñanza en Enfermería con 7 aulas, 1 Cocina, 1 Comedor.

Servicio de Trasplante Hepático:

En el 2009 estaba conformado por: 1 Coordinador de Trasplante Hepático (Cirujano), 1 Anestesiólogo Especialista, 1 Gastrohepatólogo, 1 Médico Psiquiatra, 1 Lic. en Enfermería.

Servicio de Psicología:

Conformado por 3 psicólogas adscritas y 2 pasantes de Psicología.

Líneas de Autoridad:

Se tenía como primera autoridad a la Supervisora in situ y a la Psicóloga Adscrita.

Supervisión in Situ: Durante la rotación se brindó apoyo de la Dra. Judith González Sánchez, Médico Psiquiatra y de la Lic. Psic. Sofía

Sánchez Román, ambas adscritas al Departamento de Neurología y Psiquiatría del INCMNSZ.

Supervisión Académica: Se obtuvo supervisión de casos y apoyo bibliográfico del Dr. Fernando Vázquez Pineda.

Servicio de Trasplantes y Psicología

Actividades Realizadas

Dado que la rotación en el área de Trasplante Hepático se abrió en el Instituto por primera vez, las actividades se fueron conformando según las necesidades del Servicio, logrando obtener espacios y reconocimiento con los diferentes profesionales.

Espacio Físico Disponible para la realización de intervenciones.

- ✓ Se contaba con un consultorio de Consulta Externa de aproximadamente 5 x 2 m. con 3 sillas, un escritorio, 1 computadora, lavabo, 1 mesa de exploración y un lugar para cambio de paciente. A éste se asistía los días miércoles en un horario vespertino (15:30 a 20:00 hrs.), donde por medio de citas se podía trabajar individualmente con cada paciente de protocolo de trasplante hepático.
- ✓ En el área de Psicología, también se encontraban disponibles, 1 cámara de Gessell de 6 x 2.5 m., con 10 sillas, 1 mesa; 2 consultorios de Psiquiatría de 3 x 1.5 m. aproximadamente con 3

sillas y un escritorio cada uno y un escritorio individual con su silla en la esquina del pasillo.

- ✓ Hospitalización. En caso de que se realizara alguna intervención o evaluación psicológica en esta área, se acudía personalmente. Según el nivel socioeconómico de los pacientes era donde se hospitalizaban. El primer piso era para las personas de más bajos recursos en el cual 4 pacientes comparten un cuarto dividiéndose entre sí por cortinillas; mientras que en el cuarto piso están 16 suites una para cada paciente con todas las comodidades necesarias (baño, mesa, sala con televisión, ventanales) Es aquí donde se llegaban a ubicar a los pacientes recién trasplantados o en otra área especial de aislados.

Actividades Realizadas durante la Rotación.

Las actividades que se realizaron durante la rotación en el INCMNSZ se podrían clasificar en tres rubros:

- I. Actividades de Apoyo Psicológico
- II. Actividades Académicas
- III. Actividades Profesionales no programadas

A continuación, se describirán cada una:

I. Actividades de Apoyo Psicológico

Las actividades de apoyo psicológico, se pueden dividir en dos ramos:

1. El dedicado a **Trasplante Hepático** que consistía en:

- a. Llevar a cabo la *evaluación de pacientes en protocolo de trasplante* que sirvió como proyecto de investigación (Ver primera sección del documento).
- b. Asistencia a la *Consulta Externa de Trasplantes* del Servicio de Psiquiatría.
- c. *Visita en pisos de los pacientes trasplantados*. En conjunto con el Servicio de Psiquiatría se les daba seguimiento clínico a los pacientes, principalmente para monitorear estado emocional y evolución del trasplante hepático.
- d. Asistencia a *juntas del Comité de Trasplante*, donde semanalmente el Equipo de Trasplantes, discutía casos clínicos de los pacientes, seguimiento de ellos e inclusión en lista de espera.
- e. *Grupo de Pacientes de Trasplante Hepático*. Se inició con sesiones mensuales donde se invitaba a pacientes de recién ingreso a protocolo de trasplante hepático. Principalmente eran sesiones psicoeducativas invitando a diferentes especialistas del área, tratando de integrar a los pacientes (Ver Anexo 4).

Las sesiones fueron aprobadas por Psiquiatría y por el Médico Adscrito de Gastrohepatología, pidiendo que fueran pacientes tanto en lista de espera como de primera vez y que fueran

acompañados por un familiar. También se apoyó de parte de Trabajo Social para la invitación de los pacientes al grupo. A pesar de que el grupo fue heterogéneo y abierto, se lograron dar algunos temas de interés, sin embargo hubo baja asistencia a éste (la máxima asistencia fue de 6 personas, incluyendo familiares), su participación en éste no fue obligatoria. De parte del Psiquiatría y Trabajo Social se pretendía continuar con el grupo mensual.

2. Actividades en el **Área de Psicología:**

- a. *Evaluación psicológica:* Se apoyó a las psicólogas en la evaluación de candidatos a Servicio Social así como en algunos pacientes que se requería evaluación derivados del Servicio de Psiquiatría.
- b. Participación en la valoración de pacientes con Apnea Obstructiva del Sueño, en conjunto con Clínica del Sueño. A través de la valoración de pacientes canalizados por la Clínica, se lograron detectar necesidades específicas. Se formó un grupo piloto de Fomento de Adherencia a CPAP (Presión positiva continua de la vía aérea, por sus siglas en inglés). Se formaron 5 sesiones, asistiendo tanto la psicóloga adscrita, las psicofisiólogas de Clínica del Sueño y la residente en Medicina Conductual. (Ver Anexo 5). Se continuó con el

proyecto a manera de juntar más pacientes y formación de nuevos grupos, con las nuevas residentes de la Maestría.

- c. *Sesiones de psicoterapia*, que se brindó a algunos pacientes (canalizados por Psiquiatría o detectados en el grupo de Técnicas de Relajación) de manera individual con enfoque Cognitivo Conductual.

II. *Actividades Académicas*

Principalmente se asistía a:

1. Sesión Bibliográfica de Psicología.

Donde se seleccionaban tópicos de interés, documentándose en artículos recientes y se comentaban los hallazgos principales de cada uno.

2. Clase de Psiquiatría

A través de un temario previo, asistían diferentes especialistas a exponer su clase al equipo de residentes de Psiquiatría: médicos rotantes y los psiquiatras de Enlace. Los temas eran relacionados a los diferentes padecimientos médicos vistos en el Instituto así como manera de abordarlos.

3. Sesión General de Medicina Interna

Sesión donde se discutían casos clínicos, involucrando diferentes especialistas. Asistían todos los residentes de Medicina Interna así como de otras especialidades.

4. Sesión Bibliográfica de Psiquiatría

Sesión semanal, donde se exponían diversos tópicos relacionados a Psiquiatría, principalmente eran artículos de revisión. Se logró la inclusión de una clase de parte de la residente en Medicina Conductual.

5. Supervisión Académica

De parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, asistía semanalmente el Dr. Fernando Vázquez Pineda, quien apoyaba con artículos de investigación, discusión de casos clínicos así como apoyo en la elaboración y seguimiento de protocolo de investigación.

6. Seguimiento de Protocolo de Investigación

Se llevó a cabo el Proyecto de Investigación titulado “Evaluación psicosocial de pacientes de primera vez y en lista de espera candidatos a trasplante hepático”, que por razones de especificidad, se le denominó en este trabajo “Evaluación de calidad de vida, estilos de

afrontamiento y sintomatología de ansiedad / depresión en pacientes candidatos a trasplante hepático” (Descrito en el primer apartado).

*Horario de Actividades durante la Rotación en el Servicio de Trasplantes,
INCMNSZ.*

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 -9:00	Actividades académicas	Paciente	Clase Psiquiatría	Paciente	Supervisión Académica
9:00 -10:00	Actividades académicas	Paciente		Paciente	Consulta Externa de Trasplantes
10:00 -11:00	*Grupo THO	Paciente	Actividades académicas	Clase de Psiquiatría	
11:00 -12:00		Paciente			
12:00 -13:00	Actividades académicas	Paciente	Junta THO	Paciente	Paciente
13:00 -14:00	Actividades académicas	Sesión Bibliográfica Psicología	Sesión General	Paciente	Paciente
15:30 -20:00			Pacientes		

III. Actividades Profesionales no Programadas.

Canalización de pacientes candidatos a trasplante hepático por alcoholismo a un Programa de Adicciones. Se logró el contacto con la Clínica de Adicciones de Acapulco de la UNAM, donde se recibió capacitación y retroalimentación sobre el trato con este tipo de pacientes, la forma de

canalización y el tratamiento que ellos llevarían, llevando comunicación con el equipo de Trasplantes. Sin embargo, no se logró la canalización de algún paciente debido a la residencia de éstos (del interior de la República) o bien porque ya estaban recibiendo otro tratamiento.

Población atendida durante la rotación

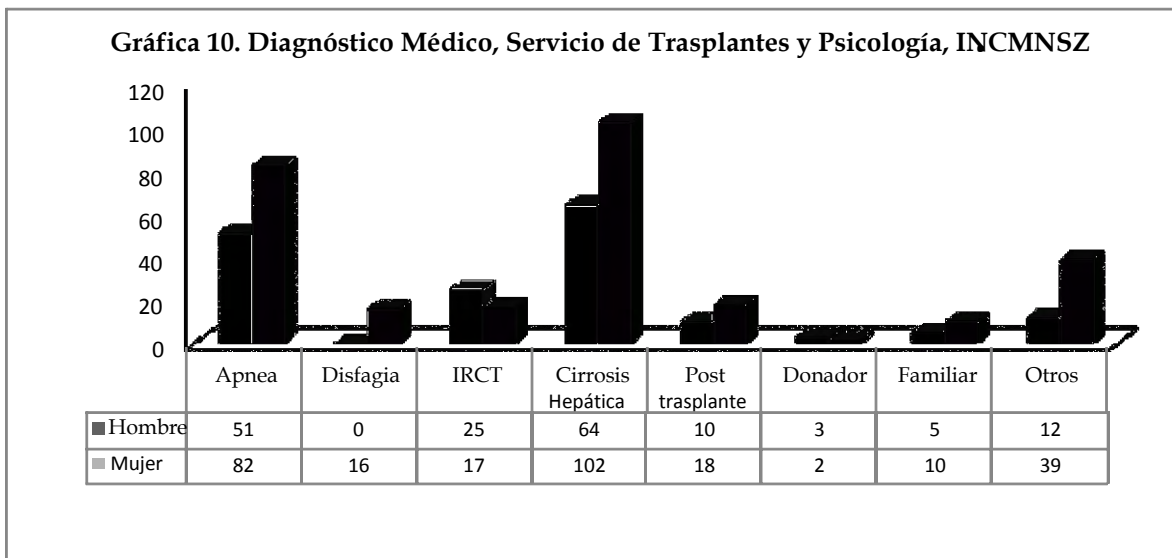
A continuación se presentan las estadísticas de los pacientes atendidos durante los meses de marzo 2007 a febrero 2008.

Estadísticas

El promedio de edad de los pacientes y familiares atendidos fue de 47 años, la edad mínima fue de 18 años y máxima de 83 años. En total fueron 456 pacientes, 286 mujeres y 170 hombres (Gráfica 9).

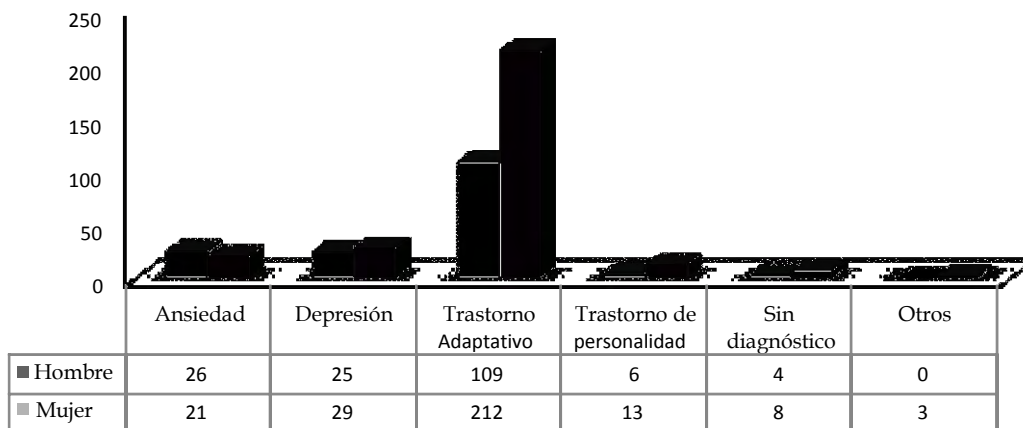


La población médica atendida fue de cirrosis hepática con 166 pacientes, siguiendo con los que padecen apnea obstructiva del sueño (133), con otras enfermedades (51) que incluía a obesidad, cáncer de diversos tipos, pacientes hospitalizados y de consulta externa y pacientes con insuficiencia renal crónico terminal (42), postrasplante (28), disfagia (16), familiares (15) y donadores (5) (Gráfica 10).



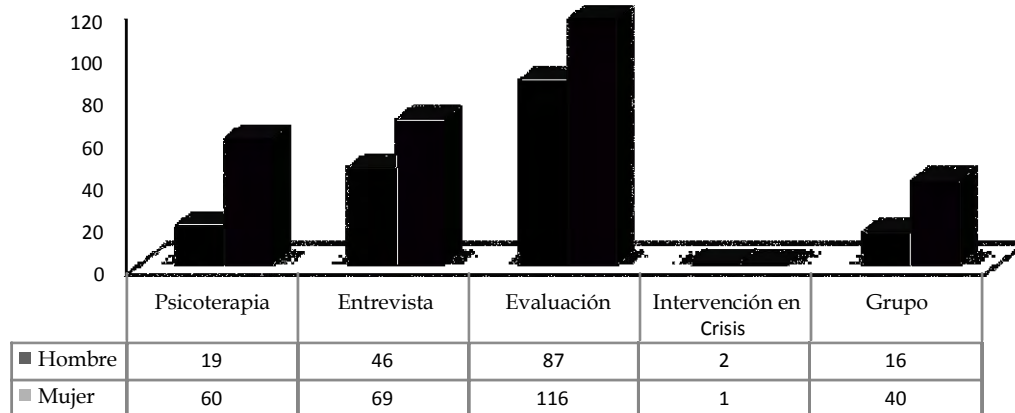
El diagnóstico psicológico más frecuente fue el de trastorno adaptativo (321), siguiendo aquellos con sintomatología depresiva (54), ansiosa (47), trastorno de personalidad (19), sin diagnóstico (12) y otros (3) (Gráfica 11).

Gráfica 11. Diagnóstico Psicológico, Servicio de Trasplantes y Psicología, INCMNSZ.



La intervención psicológica más frecuente fue evaluación (203), siguiendo entrevista clínica (115), psicoterapia (79), sesiones grupales (56) e intervención en crisis (3) (Gráfica 12).

Gráfica 12. Intervención Psicológica, Servicio de Trasplantes y Psicología. INCMNSZ.



Asistencia a eventos académicos

Se participó en los siguientes eventos:

- Asistencia al V Curso de Obesidad. Modelos Multidisciplinarios para el Tratamiento de la Obesidad, Septiembre 2008, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición “Salvador Zubirán” México, D.F.

Evaluación del Sistema de Supervisión

Supervisión in situ: Las asesorías y constantes interacciones de parte de la supervisora in situ fueron muy buenas, a pesar de ser la primera vez que se establecía este servicio, la relación profesional y personal ayudaron a que el ambiente así como los conocimientos adquiridos fueran fructíferos.

Supervisión académica: En general fue muy buena, el supervisor académico ofrecía espacio para la discusión de artículos relacionados con los casos que se veían en la clínica así como retroalimentación sobre el manejo de estos y del protocolo de investigación.

Competencias Profesionales alcanzadas

Al finalizar el primer año de residencia se desarrollaron las siguientes competencias

- Trabajo en un equipo interdisciplinario con médicos adscritos, residentes tanto de Medicina Interna, Especialistas y de Psiquiatría, personal de enfermería y trabajo social.

- Capacidad de adaptación al ambiente médico, con sus reglas y nomenclaturas.
- Apego a las normas institucionales, del Servicio de Trasplantes y del Área de Psicología.
- Adaptación al equipo de trabajo de acuerdo con sus horarios y actividades.
- Adaptación a los espacios físicos disponibles para ofrecer apoyo psicológico.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Diseño de intervenciones cognitivo - conductuales de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Elaboración y actualización de expedientes clínicos e internos del área de Psicología.
- Actualización continua de temas referentes a Psicología, enfermedades específicas, Trasplante hepático, intervenciones cognitivo - conductuales, etc.
- Identificación de necesidades específicas y preparación de propuestas de intervención psicológica ante otros especialistas.

- Preparación de trabajos de investigación / clínicos del mismo campo para presentación en sesiones clínicas con otros especialistas.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante las limitantes reconocidas.

Conclusiones y Sugerencias

El trabajar en uno de los Institutos Nacionales con mayor prestigio a nivel Nacional e Internacional, en un área recién abierta para los residentes en la Maestría en Psicología fue de gran satisfacción. Después de pasar por un periodo de adaptación por las diferencias en espacios y en la carga de trabajo, una vez realizada, se pudo observar la gran diferencia entre estar en un lugar con amplios antecedentes del trabajo de Psicología por residentes anteriores y la de estar en un lugar donde apenas se inicia esta labor.

A través de la interacción con los diferentes especialistas, se pudo lograr la canalización de pacientes para el ingreso a un protocolo registrado, logrando terminarlo con resultados satisfactorios y la posibilidad de que se continuara con éste, por los nuevos residentes, para aumentar los datos obtenidos.

Se logró la formación y el seguimiento de un grupo de pacientes de candidatos a Trasplante Hepático gracias a la comunicación y trabajo conjunto con Psiquiatría y Trabajo Social.

A través de necesidades detectadas en conjunto con Clínica de Sueño, se propuso una forma de trabajo con los pacientes de ésta, que se le ha dado seguimiento y modificación para beneficio de los pacientes.

La mayor ganancia fue que se pidieron a nuevos residentes de la Maestría en Medicina Conductual para continuar con los trabajos iniciados y comenzar nuevas líneas de intervención e investigación en conjunto con otros especialistas, logrando así impactar en áreas médicas donde el trabajo del psicólogo está siendo reconocido y valorado por su importancia en el tipo de intervenciones que maneja así como por la solución eficaz ante los problemas que se presentan.

Dada las nuevas oportunidades que se han abierto en esta área se sugeriría:

- Continuar con los protocolos iniciados, dado que ya se tiene una línea base, pudiendo aumentar en número e iniciar seguimiento de los pacientes.
- Trabajo conjunto con el área de Psiquiatría, ya que uno se puede retroalimentar de la forma de trabajo de ellos y el psicólogo puede hacer uso de las herramientas que conoce en situaciones específicas.
- Formación de grupos de intervención psicológica con padecimientos específicos, apoyándose de otros especialistas (médicos, trabajo social, enfermería).

- Elaboración de protocolos de investigación. Se tiene la población y sólo hace falta que el especialista en Psicología en conjunto con otros especialistas diseñen estrategias de intervención específicas para tener datos comparables a los de otras investigaciones.

Cabe señalar que no sólo fue el trabajo a nivel Institucional lo que se aprendió durante la Maestría, ni el conocimiento académico alcanzado, se desarrollaron también habilidades, estilos de interacción, actitudes que en otro ambiente y otra etapa no se hubieran adquirido. Y en conjunto, es lo que se logra en una formación de posgrado integral tanto profesional como personal.

REFERENCIAS

- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio Experimental*. Tesis de Maestría en Psicología Educativa. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alcázar, R., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D. & Reynoso, L. (2000). Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68,1, 19-23.
- Almaraz, E. & López, S. (2003). Evaluación social del paciente hepatópata candidato a trasplante hepático. *Revista de Gastroenterología de México*. 68, 2, 19-23.
- Billings, G. & Moos, R. (1981). "The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events" *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 2, 139-157.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Guilford Press.
- Blumgart, L.H. (1990). *Cirugía del Hígado y de las vías urinarias*. Tomo 2. Argentina: Panamericana.
- Brown, F. (2000). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Manual Moderno.

- Burra, P., De Bona, M., Germani, G., Canova, D., Masier, A., Tomat, S. & Senzolo, M. (2007). The concept of Quality of Life in Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 39, 2285-2287.
- Burrows, G., Franzcp, A. & Hardy, K. (1997). Anxiety in Chronic Liver Disease: Changes post Trasplantation. *Stress Medicine*, 13: 49-57.
- Carbente, H. (2006). *Efecto del tratamiento antidepresivo sobre la adherencia al tratamiento en la enfermedad renal antes de la diálisis*. Tesis de Posgrado en Nefrología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Chan, C., Olivera, M., Leal, R., Mercado, M., Anthón, F., Poddgaetz, E., Domínguez-Cid, M. & Orozco, H. (2003). Programa de Trasplante Hepático en el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". *Revista de Gastroenterología*, 68,2, 83-86.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Earlbaum.
- Constant, A., Castera, L., Quintard, B., Bernard, P.H. de Ledinghen, V., Couzigou, P., Bruchon - Schwietzer, M. (2005). Psychosocial Factors Associated with perceived disease severity in patients with chronic hepatitis C: Relationship with information sources and attentional coping styles. *Psychosomatics*. 1, 46, 25-33.
- Díaz - Domínguez, R., Pérez - Bernal, J., Pérez - San- Gregorio, M.A. & Martín - Rodríguez, A. (2006). Quality of Life in Patients with kidney,

liver or heart failure during the waiting list period. *Transplantation Proceedings*, 38, 2459-2461.

Diccionario de Medicina Mosby. (2001). España: Océano.

Diez, C. Cap. 2 Nosología. En Ruiloba, V. & Ferrer, G. (2000). *Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión*. España: Masson.

Diliz, H. Obtención de órganos para trasplante. En Orozco, H. & Mercado, M.A. (1994). *Temas selectos hígado, páncreas, vías biliares e hipertensión portal*. México: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Clínica de Hipertensión Porta.

Diliz, H., Kershenobich, D., Orozco, H., Mercado, M. & Olivera, M. (1994). Impacto del Trasplante Hepático en la Calidad de vida a largo plazo del paciente cirrótico. En Orozco, H., Mercado, M.A. (Ed.), *Temas selectos hígado, páncreas, vías biliares e hipertensión portal*. México: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Clínica de Hipertensión Porta.

Diliz, H. & Shaw, B. Trasplante Hepático. Avances y Perspectivas. (1994). En Orozco, H., Mercado, M.A. (Ed.), *Temas selectos hígado, páncreas, vías biliares e hipertensión portal*. México: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Clínica de Hipertensión Porta.

Docherty, A., Brothwell, C. & Symons, M. (2007). The impact of inadequate knowledge on patient and spouse experience of prostate cancer. *Cancer nursing*, 1, 30, 58-63.

- Durán, L., Gallegos, K., Salinas G. & Martínez, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46,4. 306 - 315.
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H., Kita, Y., Aikawa, A. & Hasegaw, A. (2002). Psychiatric problems in living - related transplantation: The association between paradoxical psychiatric syndrome and guilt feelings in adults recipients after living donor liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 34, 2632 - 2633.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. y Hurtado, A. (2002). Mala Adherencia a la dieta en Hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22 (3), 245 - 252.
- Gill, K. (2002). *Ultrasonido abdominal. Guía para quienes lo practican*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- González, A. (2007). "Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal automatizada". Tesis de posgrado de Nefrología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González, J. (2003). Aspectos psiquiátricos del candidato a trasplante hepático. *Revista de Gastroenterología de México*. 68, 2, 24-30.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner, R., Halter, J., Boehler A., Muellhaupt, B., Schanz, U. & Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability

predicts psychosocial outcome after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone – marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62. 93 – 100.

Gotardo, D., Strauss, E., Teixeira, M., Machado, M. (2007). Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver International*. 99-106.

Greif – Higer, G., Wandel, E., Otto, G., Galle, P. & Beutel, M. (2008). Psychological conflicts between relatives during the long – term course after successful living organ donation. *Transplantation Proceedings*, 40. 902-906.

Gutteling, J., De Man, R., Van Der Plas, S., Schalm, S., Busschbach, B. & Darlington, E. (2006). Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Aliment Pharmacol Ther* 23. 1629 – 1635.

Guyton, A., Hall, J. (2001). *Tratado de Fisiología Médica*. 10 ed. México: Mc Graw Hill.

Haag, S., Senf, W., Häuser, W., Tagay, S., Grandt, D., Heufts, G., Gerken, G, Talley, N. & Holtmann, G. (2008). Impairment of Health – Related Quality of life in functional dyspepsia and chronic liver disease: the influence of depression and anxiety. *Aliment Pharmacologic Therapy*. 27, 561-571.

- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL - Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem Solving in Diabetes Self - Management: A Model of Chronic Illness Self - Management Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 3, 182-193.
- Humar, A. (2004). Living donor liver transplants: potential disadvantages. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 19, 304-306.
- Kizilisik, A., Shokouh - Amiri, M., Tomazzi, C., Desmukh, S., Grewal, H., Vera, S. & Gaber, A. (2001). Psychiatric complications after liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 3697.
- Kraus, M., Shafer, A., Csef, H., Sheurlen, M. & Faller, H. (2000). Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 1, 41, 377-384.
- Langenbach, M., Schmeisser, N., Albus, C. & Decker, O. (2008). Comparison of Social support and psychosocial stress after heart and liver transplantation. *Transplantation Proceedings*. 40. 938 - 939.
- López- Alvarenga, J., Vázquez-Velazquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra Ovando A., González-Barranco, J., Salín-Pascual, R. (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, 403-409.

Machin, D., Campbell, M., Fayers P. & Pinol, A. (1997). *Sample size tables for clinical studies*. 2nd Ed. U.S.A.: Blackwell Science.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995). Barcelona: Masson.

Martínez, G. La intervención del psicólogo en el proceso de trasplante. En: Remor E., Arranz, P., & Ulla S. (Eds.) (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Mccallum, S. & Masterton, G. (2006). Liver transplantation for alcoholic disease: a systematic review of psychosocial selection criteria. *Alcohol & Alcoholism*, 41, 4, 358-363.

McHorney, C., Ware, J. & Raczek, A. (1993) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test or validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 31. 247-263.

Meyer, T., Eshelman, A. & Abouljoud. (2006). Neuropsychological changes in a large sample of Liver Transplant Candidates. *Transplantation Proceedings*, 38, 3559 – 3560.

- Nahum, M. & Uribe, M. (2003). *Conceptos actuales en hepatología*. México: Masson.
- Ozkan, M., Corapcioglu, A., Balcioglu, I., Ertekin, E., Khan, S., Özdemir, S., Koroglu, G., Kaymakglu, S., Kocaman, N., Önen, B. & Karayün, D. (2006). Psychiatric Morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. *International Journal Psychiatry in Medicine*. 36, 3, 283-297.
- Paterson, D., Gayowski, T., Wannstedt, C, Wagener, M., Marino T., Vargas, H., Laskus, T., Rakela, J. & Singh, N. (2000). Quality of life in long - term survivors after liver transplantation: impact of recurrent viral hepatitis C virus hepatitis. *Clin Transplantation*. 14, 48-54.
- Reséndiz, A. (2006). *Desarrollo y Evaluación de una Intervención Cognitivo - Conductual durante la inyección trasforaminal de esteroides en pacientes con dolor radicular*. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rudis, R., Rudis, E., Lupo, Y., Safady, R. & Bonne, O. (2000). Psychosocial Model for Evaluation and Intervention with candidates for organ transplantation. *Transplantation Proceedings*, 32, 761-762
- Sainz - Barriga, M., Baccarani, U., Scudeller, L. Risaliti, A., Toniutto, P.L., Costa, M.G., Ballestrieri, M., Adani, G.L., Lorenzin, D., Bresadola, V., Ramacciato, G. & Bresadola, F. (2005), Quality of Life Assessment

before and after liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 37, 2601-2604.

Snell, R. (2000). *Anatomía clínica para estudiantes de Medicina*. 6^a ed. México: Mc Graw Hill.

Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychotherapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64, 3, 369 – 376.

Stilley, C., Miller, D., Gayowski, T. & Marino, I. (1994). Impacto del Trasplante hepático en la calidad de vida a largo plazo del paciente cirrótico. En Orozco, H., Mercado, M.A. *Temas selectos Hígado, páncreas, vías biliares e hipertensión portal*. México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Clínica de Hipertensión porta.

Stilley, C., Miller, D., Gayowski, T. & Marino, I. (1999). Psychological Characteristics of candidates for liver transplantation: Differences according to History of substance Abuse and UNOS Listing. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 10, 1287-1297.

Streisand, R., Rodrigue J., Sears, S., Perri M., Davis, G. & Banko, C. (1999). A psychometric Normative Database for Pre - Liver Transplantation Evaluations The Florida Cohort 1991 - 1996. *Psychosomatics*, 40, 6, 479-485.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Direitinho, M., Morbey, A. & Monteiro, E. (2008). Psychiatric differences between liver transplant

candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Trasplantation*, 18, 2, 134-139.

Tome, S., Wells, J., Said, A. & Lucey, M. (2008). Quality of life after liver transplantation. A systematic review. *Journal of Hepatology*, 48, 567-577.

Torres, A., Hernández, D., Ayus, J. (1998). *Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal*. España: Harcourt Brace.

Tortora, G. & Grabowski, S. (2002). *Principios de Anatomía y Fisiología*. 9ª ed. México: Oxford University Press.

Vilatoba, M., Eckhoff, D. & Contreras, J. (2003). Trasplante hepático de donador vivo adulto - adulto. *Revista de Gastroenterología de México*. 68, 2, 87-93.

Waller, M., Bronner, E., Pascher, A., Steinmüller, T., Neuhaus, P., Klapp B. & Danzer, G. (2002). Psychosocial outcome of living donors after living donor liver transplantation: a pilot study. *Clinical Transplantation*, 16, 339-344.

Warren, K., Jenkins, R. & Steele, G. (1991). *Atlas of Surgery of the liver, pancreas and biliary tract*. U.S.A.: Appleton Flange.

Wright, H., Rodríguez, H. & Van Thiel, D. (1994). Organización de un programa de trasplante de hígado. En Orozco, H., Mercado, M.A. *Temas selectos hígado, páncreas, vías biliares e hipertensión portal*. México:

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Clínica de Hipertensión Porta.

Younossi, Z., Guyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N. & King, D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life. *Gut*. 45, 2, 295-300.

Zigmond, A., Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Páginas Electrónicas

Centro Nacional de Trasplantes

<http://www.cenatra.salud.gob.mx> 7-04-09

EPIDAT 3.0

<http://www.paho.org/spanish/sha/epidat.htm>. 2009.

Hospital Juárez de México

http://facmed.unam.mx/hjm/fra_historia.html, 13-02-08.

<http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx> 13-02-08

Psicología de la Salud. Florez, L. (2004)

<http://www.psicologiacientifica.com> 3-08-09

Secretaría de Salud, México.

<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>, 13-02-08

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición "Salvador Zubirán"

<http://quetzal1.innsz.mx/index.php>, 22-03-09

Instituto Nacional de Geografía y Estadística

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos>, 13-02-08

ANEXO 1

Reporte Psicológico
Receptor de Donador Cadavérico

Servicio de Trasplantes
Hospital Juárez de México

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
ÁREA DE PSICOLOGÍA

Nombre: M.L.J.S.

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Escolaridad: Licenciatura en Pedagogía

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

No. de Expediente: xxxx

Motivo de Consulta:

Paciente femenina de 27 años de edad en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico que se presenta para valoración psicológica.

Instrumentos Empleados:

1. Entrevista Estructurada para Trasplante Renal
2. Inventario de Beck (Depresión).
3. Inventario de Beck (Ansiedad).
4. Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP
5. Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal

6. Escala de Percepción de autoeficacia en el régimen alimenticio.

Descripción del Paciente:

Paciente femenino de 27 años con edad aparente mayor a la cronológica; se presenta en condiciones de aliño e higiene adecuadas. Originaria del Estado de Hidalgo, actualmente radicando ahí mismo con su madre. Refiere tener una relación estable con su familia.

M.L.J.S. se mostró cooperadora durante las entrevistas haciendo uso de un lenguaje coherente, congruente. Orientada en las tres esferas de pensamiento, emoción y juicio. Maneja un afecto dentro de los límites normales, así mismo cuenta con una inteligencia normal promedio. No presenta alteraciones en la sensopercepción, concentración, juicio; memoria a corto y largo plazo conservadas, cooperadora durante las entrevistas.

Evolución:

M.L.J.S. se encuentra actualmente en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico, muestra una adecuada aceptación a la enfermedad al igual que el cumplimiento de los cuidados necesarios.

Comprensión de la Enfermedad:

M.L.J.S. conoce el diagnóstico de la enfermedad así como las consecuencias de no seguir un tratamiento. Conoce las probabilidades de éxito del trasplante de donador cadavérico y acepta el riesgo que implica ser trasplantado. Reporta estar interesada en trasplantarse.

Motivación para el Trasplante:

M.L.J.S. comenta que desea ser trasplantada para “tener una calidad de vida mejor que la que tengo ahorita, para olvidarme de conectarme” sic. Pac., pues la opción de tratamiento que está llevando (diálisis peritoneal) es limitada. La decisión de trasplantarse es completamente personal y legítima.

Relación Familiar:

La relación de M.L.J.S. con su familia es buena, actualmente vive con su madre. Refiere que actualmente la relación es estable, actualmente sin aparentes problemas.

Resultados de los Instrumentos:**Inventario de Beck (Depresión):**

Depresión mínima sin contraindicación para el trasplante.

Inventario de Beck (Ansiedad):

Ansiedad leve. Se propone trabajar semanalmente con la paciente a fin de enseñar estrategias de control y manejo de ansiedad, para un adecuado manejo de ansiedad antes, durante y después del trasplante. No existe alguna otra contraindicación.

Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP:

Paciente flexible, expresiva, estable emocionalmente, servicial, seria, se adapta a reglas y acepta condiciones, recatada, dependiente, con sobreprotección, tiene preocupaciones reales y tensión ante estos.

Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal:

La Paciente muestra amplios conocimientos sobre la Insuficiencia Renal así como de los cuidados y riesgos del Trasplante. Muestra adecuada adherencia sin contraindicación para el Trasplante.

Escala de Autoeficacia en el Régimen Alimenticio.

La paciente muestra buena capacidad de autoeficacia para seguir su régimen alimenticio, sin contraindicación para el trasplante.

Conclusión:

Con base a la información recabada se propone a M.L.J.S. con número de expediente xxxx, como candidata apta 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 protocolo de trasplante, además de que cuenta con una adecuada adherencia terapéutica.

Se le brindará apoyo psicológico en las fases pre y postoperatorias, sin embargo, se compromete a la paciente a trabajar 1 vez a la semana para lograr un control adecuado de la ansiedad previo a la cirugía, mientras se encuentre en lista de espera. Se comenta con el Dr. Gallardo quien realiza una valoración.

México D.F. a 12 de julio de 2007.

ATENTAMENTE

Lic. Psic. Haydeé Rodríguez Hernández
R1 Medicina Conductual
Servicio de Trasplantes, HJM.

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe del Servicio de Psiquiatría
Hospital Juárez de México.

M.L.J.S.

Paciente

ANEXO 2

Sesiones de Grupo de Apoyo
Pacientes en Lista de Espera

Servicio de Trasplantes
Hospital Juárez de México

*Sesiones de Grupo de Apoyo Pacientes en Lista de Espera,
Servicio de Trasplantes, Hospital Juárez de México.*

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
<p style="text-align: center;">1</p> <p>Presentación de integrantes y formación del grupo de pacientes.</p> <p style="text-align: center;">30 Julio 07.</p>	<p>Iniciación de grupo de pacientes en lista de espera, lograr cohesión grupal y apoyo social mientras son trasplantados.</p>	<p>Dinámica de integración "Recolección de autógrafos".</p> <p>Exposición de vivencias "Telaraña"</p> <p>Sugerencias de temas</p> <p>Relajación (Respiración diafragmática)</p>	<p>Lápices, gafetes.</p> <p>Tarjetas bibliográficas</p> <p>Bola de estambre</p> <p>Hojas blancas y lápices</p> <p>Música instrumental.</p>	<p>Se logró juntar al grupo, obteniendo participación activa de ellos, estableciendo un horario, encuadre y temas a desarrollar durante su estancia en lista de espera.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p>Conocimiento de los integrantes.</p> <p style="text-align: center;">27 Agosto 07.</p>	<p>Que los pacientes se conozcan entre sí, fortificando la cohesión grupal.</p>	<p>Aplicación de pruebas (Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck).</p> <p>Exposición de vivencias: Dibujarse a sí mismo y a su familia.</p> <p>Relajación (Imaginería)</p>	<p>Gafetes</p> <p>BAL, BDI.</p> <p>Hojas blancas, colores, lápices.</p> <p>Música instrumental.</p>	<p>Por medio de la expresión de los integrantes, se logró una apertura grupal.</p>

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
3 Psicoeducación de los aspectos médicos del trasplante renal. 24 Septiembre 07.	Que los pacientes conozcan los aspectos médicos que involucran el trasplante renal, a fin de resolver dudas y temores respecto a éste.	Aplicación de pruebas Exposición de tema: "Aspectos médicos del trasplante renal" (Médico Residente de Trasplantes). Relajación (Imaginería)	Gafetes. BAI, BDI. Computadora, imágenes. Música instrumental	Se explicó por medio de médico a pacientes sobre la insuficiencia renal y el procedimiento de trasplante renal, así como los cuidados necesarios, se resolvieron dudas de los pacientes.
4 Calidad de vida en pacientes médicamente enfermos. 29 Octubre 07.	Que el paciente reconozca las áreas en las que la enfermedad puede afectar su calidad de vida.	Aplicación de pruebas. Exposición de tema: "Calidad de vida en pacientes médicamente enfermos" (residente de Maestría en Medicina Conductual). Relajación (Imaginería)	Gafetes. BAI, BDI. Computadora, imágenes. Música instrumental	Por medio de una exposición y participación activa de los pacientes, se lograron identificar las áreas más afectadas a partir de la presencia de la enfermedad. Logrando resolver dudas de los pacientes.
5 Experiencia de pacientes que están en lista de espera. 26 Noviembre 07.	Que los pacientes intercambien diversas experiencias que han tenido en el proceso de lista de espera.	Aplicación de pruebas Expositiva: Los pacientes hablarán sobre sus experiencias en lista de espera. Relajación (Imaginería)	Gafetes. BAI, BDI. Computadora, imágenes. Música instrumental	Debido a las diferentes experiencias que se tenían en los últimos meses, se decidió abordar en grupo estas situaciones: pacientes que habían sido llamados y no llegaron a tiempo, pacientes que llegaron pero que no fueron elegidos, pacientes que habían sido sacados de lista de espera por complicaciones médicas o sociales. Se ofreció apoyo psicológico a los integrantes, se resolvieron dudas.

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
<p>6</p> <p>Apoyo familiar en pacientes candidatos a trasplante.</p> <p>17 Diciembre 07.</p>	<p>Que el paciente conviva junto con su familia, reforzando la unión y apoyo familiar.</p>	<p>Aplicación de pruebas para familiares y pacientes (Grupos de animales)</p> <p>Tema: " Importancia de Apoyo familiar"</p> <p>Convivencia con el grupo de fin de año.</p>	<p>Gafetes</p> <p>BAL, BDI</p> <p>Cartulinas, plumones.</p> <p>Platillos especiales para IRC previamente solicitados para convivencia con el grupo.</p>	<p>Por medio de una dinámica se logró una integración tanto de los familiares como de los pacientes, comentando una característica que los distinguía como familia, 1 vivencia juntos y la manera en la que la familia podía apoyar mientras esperaban el momento de trasplante.</p>
<p>7</p> <p>Experiencias de pacientes posttrasplantados.</p> <p>28 Enero 07.</p>	<p>Conocer las experiencias de pacientes post trasplantados (donador cadavérico y vivo relacionado)</p>	<p>Aplicación de pruebas</p> <p>Presentación de pacientes post trasplantados.</p> <p>Experiencias de donador y receptor.</p> <p>Experiencia de receptor de donador cadavérico.</p>	<p>Gafetes</p> <p>BAL, BDI.</p>	<p>Por medio del relato de pacientes trasplantados en el HJM, se lograron compartir experiencias, intercambio de ideas, resolución de dudas y temores acerca del trasplante.</p> <p>Se ofreció apoyo psicológico a pacientes, ya que algunos quedaron sensibilizados por los relatos.</p>

ANEXO 3

Caso Clínico
Servicio de Trasplantes

Sesión Clínica
Hospital Juárez de México

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SESIÓN CLÍNICA

Lic. Psic. Haydeé Rodríguez Hernández Medicina Conductual

Servicio de Trasplantes 19 Sept. 2007

Caso Clínico

1. Ficha de identificación.

Nombre: M.L.J.S.

Sexo: Mujer

Edad: 27 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Lic. en Pedagogía

Ocupación: Profesora de Telesecundaria

Religión: Católica

Fecha de Nacimiento: 11 Febrero 1980

Lugar de Origen / Residencia: Hidalgo

Número de hermanos: 3

Posición que ocupa: 4/4

Diagnóstico médico: Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

2. Motivo de Consulta.

Paciente femenino de 27 años de edad en protocolo de Trasplante

Renal de Donador Cadavérico que se presenta para valoración

psicológica.

3. Impresión y actitud general.

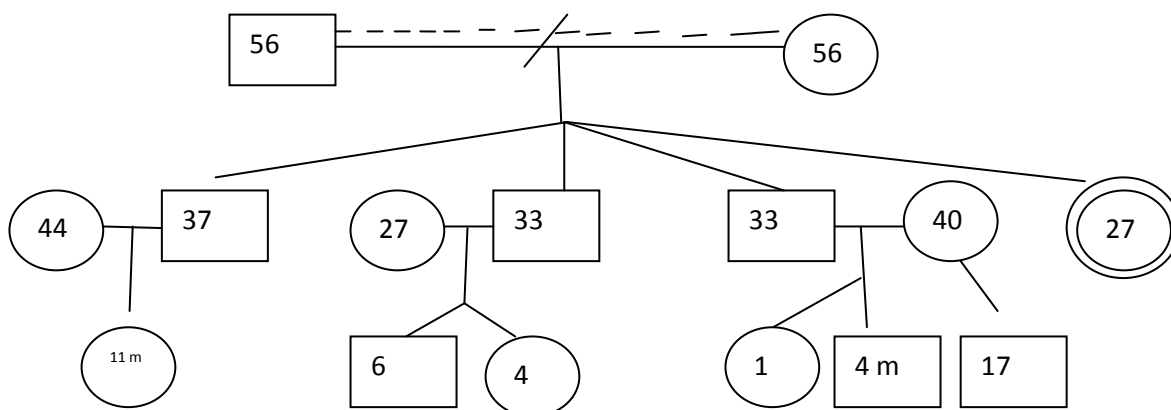
Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, de estatura promedio, complexión media, tez morena clara. Se mostró cooperadora, atenta e interesada en las sesiones.

Durante las sesiones de consulta externa acude en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se mostraba ansiosa, con movimiento de manos y pies, sin embargo, tratando de mostrar una actitud controlada y alegre.

4. Antecedentes.

4.1. Antecedentes personales no patológicos.

Familiograma



Historia Familiar.

M.L.J.S. es la hija más chica de sus cuatro hermanos. Describe que en su infancia y adolescencia su familia era unida y sin problemas

aparentes, su madre se dedicaba al hogar y su padre trabajaba, teniendo buena relación con todos. Cuando tenía 21 años se divorciaron sus padres, siendo este suceso para ella sorprendente, pues su padre decidió irse con otra mujer y abandonar así a la familia.

Actualmente refiere tener buena relación con sus hermanos y madre; sin embargo, con su padre no existe comunicación, cuando éste supo de la insuficiencia renal de M.L.J.S., al principio le ayudaba con los medicamentos, pero después se alejó de ellos, no dio apoyo de ningún tipo y actualmente no mantiene comunicación con la familia. M.L.J.S. menciona “estoy muy enojada con mi papá, no lo necesito.... No quiero hablar de él” sic. pac. Hace referencia a que mantiene contacto indirecto con su padre, pues de repente ve a sus tías quienes le dicen cómo está “dijo que él no veía que estuviera sufriendo o que estuviera mala y que para qué le pido ayuda si él me ve que estoy bien eso me enojó mucho” sic. pac. El padre no se ha acercado a M.L.J.S., recibiendo ésta apoyo de su madre, quien la acompaña a cada consulta y con quien pasa la mayor parte de la tarde después del trabajo, describe la relación con su madre como buena.

Tiene un hermano que está viviendo en Estados Unidos y que se le dificulta venir a México por su estancia ilegal en ese país, pero recibe apoyo moral y económico de él, y sus otros dos hermanos

viven en México, de quienes recibe apoyo emocional y a veces económico.

Mantiene poco contacto tanto con la familia materna como paterna.

Historia Social.

M.L.J.S. se describe como una persona social y con muchos amigos, con quienes salía “al antro” y con quienes se divertía, sin embargo, cuando ella recibe el diagnóstico de IRCT se aleja de ellos y “me negaba a salir...no le encontraba chiste... me aislé completamente por un tiempo” sic. pac.

Al preguntar sobre las posibles fuentes de apoyo en el periodo post trasplante, mencionó que varias de sus vecinas, amigos y familia (tías, cuñadas) se habían ofrecido a ayudarla y que sólo esperaban que les dijera cuándo podrían apoyar para organizarse, mostrándose satisfecha por este apoyo.

Historia Escolar.

M.L.J.S. se describe como alumna regular, reprobó algunas materias en la preparatoria “era un desgorre” sic. pac., sin embargo, terminó sus estudios básicos con promedio regular (7.5) y en la licenciatura

combinaba salidas con amigos y sus materias, mostrando gusto por la escuela logrando titularse de Lic. En Pedagogía sin complicaciones y con buenas calificaciones (9).

Historia Laboral.

M.L.J.S. comenzó a trabajar consiguiendo una plaza de profesora en la SEP por medio de un tío; junto con su hermano mayor mantuvieron los gastos de la casa, hasta que éste se fue a Estados Unidos (hace 2 años) quedándose ella a cargo de todos los gastos.

Actualmente es profesora de telesecundaria, dando las materias de: Matemáticas, Inglés, Español, Geografía, Biología, Historia, Artísticas, Educación Física, Química y Física.

Cuando recibió el diagnóstico, temió perder su trabajo, su única fuente de sustento, sin embargo ha hablado con las autoridades escolares y le han otorgado todos los permisos necesarios y eso la ha tranquilizado.

Es dedicada al trabajo, muestra gusto por lo que hace y procura siempre mantenerse actualizada tomando cursos y leyendo libros relacionados con su carrera.

Historia Sexual.

M.L.J.S. ha tenido sólo dos novios, con quienes mantuvo relaciones sexuales, uno a la edad de 17 años, con quien duró cinco años aproximadamente “rompí con él porque tenía mamitis... siempre estaba pegado a su mamá” sic. pac. Y el segundo después de la separación de sus padres con quien duró un mes y que actualmente lo define como amigo “yo creo que corté con él porque estaba resentida con los hombres y siempre les buscaba defectos” sic. pac.

Actualmente no tiene pareja, pero al preguntarle, decía “ya toda descompuesta quien me va a querer” sic. pac. Dentro de su expectativa de vida por el momento no se encuentra dispuesta a buscar alguna pareja “primero quiero ver cómo me va con el trasplante” sic. pac.

4.2 Antecedentes personales patológicos.

M.L.J.S. fue diagnosticada de IRCT en mayo del 2006, etiología incierta, con síntomas de cansancio, náusea relacionados con la insuficiencia renal, a los tres días la internaron para colocación de catéter para diálisis peritoneal, manteniéndose así con 4 cambios diarios, después consiguió máquina para diálisis nocturna.

Actualmente se controla con diálisis peritoneal, haciéndolo ella misma, sin episodios de peritonitis.

A partir del diagnóstico recibido de IRCT, la vida de M.L.J.S. cambió drásticamente, por un lado la relación con su padre se hace distante, se aísla de sus amistades por no sentirse capaz de manejar la situación, temió perder su trabajo, preocupándole la forma en la que se sustentaría económicamente. Menciona que se deprimió recién recibido el diagnóstico, tomó antidepresivos recetado por un especialista por tres meses, quien después le suspendió el tratamiento.

Inicia protocolo de trasplante renal en diciembre del 2006, aconsejada por su médico de cabecera. Comienza protocolo de trasplante tanto en el ISSSTE como en el Hospital Juárez, llevándolos a la par.

5. Examen mental.

Paciente que se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración, no presenta alteraciones sensoriales, memoria a corto y largo plazo conservadas. Lenguaje lógico, coherente, congruente, con tono y velocidad adecuados. Proceso de pensamiento lógico y coherente

y el contenido del mismo se refiere a miedo a entrar a la cirugía y trasplantarse. Posee adecuada capacidad de juicio y capacidades intelectuales normal promedio. Estado de ánimo ansioso ante la posibilidad de trasplantarse próximamente. Atenta y colaboradora durante las sesiones.

6. Padecimiento actual.

A través de la evaluación psicológica requerida para el protocolo de trasplante renal, se encontraron indicadores altos en nivel de ansiedad preoperatoria que incrementan conforme se acercan los últimos estudios para así entrar a lista de espera.

M.L.J.S. refiere que le gustaría trasplantarse porque implicaría una “mejor calidad de vida y me olvidaría de conectarme” sic. pac. Sin embargo, el pensar en estar hospitalizada tanto tiempo la pone ansiosa “son mis nervios... siempre he sido sana y venir constantemente al hospital no me gusta” sic. pac. Ante la entrada del hospital y la asistencia a consultas médicas, describe como sintomatología el latir rápidamente el corazón, sudoración, dolor en el estómago, náusea, llegando en ocasiones al vómito, comezón intensa y miedo a morir durante la cirugía.

7. Conceptualización cognitivo- conductual.

Análisis funcional de la ansiedad ante la próxima cirugía de trasplante renal de donación cadavérica.

E Antecedentes 2	O Organismo 4	R Respuesta 1	C Consecuencias 3
<p><i>Externos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver en el carnet que tiene cita médica próxima. • Venir en el camión rumbo al hospital. • Estar en la entrada del hospital. <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar en que tiene que ir a consulta médica. • Pensar cuando se llegue a trasplantar. <p><i>Fisiológicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comienza a percibir dolor estomacal. • Comezón en el cuerpo. <p><i>Cognitivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cada vez se acerca más el momento en que esté en lista de espera y eso significa que estaré operándome, sin saber qué pueda pasar”. • “No debo ponerme tan mal”. • “No debo dejar sola a mi mamá”. <p><i>Historia del problema</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo al recibir el dx. 	<p><i>Habilidades y competencias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperadora • Adherente a tratamiento médico y psicológico. • Adecuada motivación a trasplantarse • Capacidad de iniciativa • Capacidad de solución de problemas <p><i>Deficiencias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia hacia la madre. • Pensamiento de tipo catastrófico. • Déficit en autoeficacia (autoestima) <p><i>Variables cognitivo-culturales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy el sostén de mi madre, no la puedo dejar sola” sic. pac. 	<p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No salir sola a consultas médicas. • Obligarse a entrar y asistir a consulta. <p><i>Emocionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a entrar a lista de espera. • Inseguridad • Enojo • Nerviosa <p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me da miedo operarme” • “Qué tal si me quedo en la cirugía”. • “No me gustan los lugares cerrados”. • “No me gusta ir a hospitales” • “Cada vez se acerca más el momento en que esté en lista de espera”. <p><i>Fisiológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el estómago 	<p><i>Consecuencias individuales Inmediatas.</i></p> <p><i>Fisiológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la sintomatología: náusea, vómito, taquicardia, comezón en el cuerpo, sudoración, dolor en estómago intenso. <p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me voy a poner peor”. • “Así menos voy a estar en la lista de espera”. • “Cómo es posible que me ponga tan mal”. <p><i>Mediatas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A pesar de la sintomatología, se obliga a entrar y sobreponerse lo más pronto posible. <p><i>Consecuencias de otros.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Su madre siempre la acompaña a sus citas médicas.

8. Integración Psicológica

Se aplica la batería diseñada para trasplante renal de receptor de donante cadavérico, detectando en el Inventario de Beck:

- Pretest (7 marzo 2007): Ansiedad severa (puntaje crudo: 31 puntos)
- Postest (11 Julio 2007): Ansiedad leve (puntaje crudo: 6 puntos).

Las demás pruebas de la batería sin contraindicación para trasplante (Entrevista Estructurada para trasplante renal, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Percepción de Autoeficacia en el régimen alimenticio, Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con Insuficiencia Renal, Escala de los 16 Factores de Personalidad).

Evaluación Multiaxial.

Eje I. F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad, agudo (309.24).

Eje II. Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II.

Eje III. Insuficiencia Renal Crónico Terminal.

Eje IV. Evaluación de Protocolo para trasplante renal de donante cadavérico.

Eje V. Escala de Evaluación de Actividad Global: 70

9. Estrategia Terapéutica.

Se han realizado las siguientes intervenciones, logrando:

- *Psicoeducación.*

Se ha trabajado información de la enfermedad renal y del proceso de la cirugía de trasplante, tanto de cuidados preoperatorios y post operatorios. Se le proporcionaron folletos informativos y a las siguientes sesiones M.L.J.S. se documentó en libros, internet y material de apoyo, resolviendo dudas e incluso recomendando material a la terapeuta para los demás pacientes.

- *Entrenamiento en relajación.*

Durante las sesiones clínicas, se entrenó a la paciente en respiración diafragmática, relajación por imaginería y relajación muscular progresiva. Logrando excelentes resultados “me he ido gratis a Cancún, Puerto Escondido, a un bosque, a una cabaña, a un lago...” sic. pac. “me he sentido más tranquila y cuando voy a mis consultas respiro y ya no me dan náuseas” sic. pac.

- *Reestructuración cognitiva.*

Se encontraron características de pensamiento catastrófico “me voy a poner peor... que tal si me quedo en la cirugía” sic. pac., al igual que autoexigentes “si he salido de cosas peores cómo es posible que

me dé miedo la cirugía” sic. pac., logrando pensamientos alternos más positivos “me he puesto a pensar y me digo a mi misma que he superado situaciones más difíciles y sola... sé que yo puedo hacerlo” sic. pac., logrando cambios en la forma de pensar y en la actitud hacia la cirugía “antes tenía mucho miedo de que me operaran, ahora sé que es lo mejor y que la decisión que tomen los médicos es la adecuada, ellos me intervendrán cuando lo consideren conveniente” sic. pac.

- *Manejo de emociones.*

Menciona que al principio de su padecimiento se sentía muy enojada por haberse enfermado, aislándose de sus conocidos por temor al rechazo, posteriormente mantuvo síntomas de depresión, que los logró controlar con medicamento. Al llegar a la evaluación psicológica, ya había aceptado su enfermedad logrando informarse, mantener una adecuada dieta y control de su enfermedad, toma a la enfermedad como un reto a superar que la ha llevado a valorar más las situaciones cotidianas de su vida.

Ha logrado identificar en qué circunstancias se pone ansiosa: asistencia a consultas médicas, “pensar en ir mañana al D.F.” sic. pac., e incluso ha identificado situaciones fisiológicas que la llevan a un posible cuadro de ansiedad: comezón intensa, náusea, dolor estomacal, taquicardia que también son precipitadores de otro tipo de emociones como el enojo “cuando me hacen enojar mis alumnos

me siento igual” sic. pac. Se ha hecho énfasis en la autoobservación y solución de problemas, logrando respuestas más adaptativas.

- *Solución de Problemas.*

Se ha trabajado esta técnica respecto a situaciones cotidianas para analizar la situación y también para manejo del periodo de aislamiento y cuidados post operatorios que se requieren. Ha logrado realizar una ‘maleta especial’ para cuando se trasplante comprando libros nuevos que le gustaría leer durante el aislamiento, tela, listón, pinturas para realización de manualidades; así como buscar soluciones alternas cuando identifica que la situación le está afectando emocionalmente.

Fecha de elaboración de reporte psicológico: 12 Julio 2007.

Fecha de ingreso a lista de espera: 21 Agosto 2007.

Fecha de trasplante de donador vivo relacionado: 28 Agosto 2007.

ANEXO 4

Sesiones de Grupo de Apoyo
Pacientes Candidatos a Trasplante Hepático

Servicio de Trasplantes
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición
"Salvador Zubirán"

*Sesiones de Grupo de Apoyo Pacientes Candidatos a Trasplante,
Servicio de Trasplantes, INCMNSZ.*

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
<p style="text-align: center;">1</p> <p>Presentación de integrantes y formación del grupo de pacientes.</p> <p style="text-align: center;">2 Junio 08.</p>	<p>Que los pacientes que se encuentran en protocolo de trasplante hepático se conozcan a fin de integrarse a un grupo y puedan compartir experiencias en común.</p>	<p>Dinámica de integración y exposición de vivencias.</p> <p>Aplicación de escalas de Medición.</p> <p>Sugerencias de temas</p> <p>Relajación (Respiración diafragmática)</p> <p>Cierre</p>	<p>Lápices, gafetes. Tarjetas bibliográficas.</p> <p>HAD y Afrontamiento de Moos.</p> <p>Hojas blancas y lápices</p> <p>Música instrumental.</p>	<p>Se logró juntar a un grupo heterogéneo, fue un paciente postrasplantado (hace 7 años), 2 en lista de espera y 2 familiares. Se compartieron experiencias de cada uno, mostrándose participativos, atentos e interesados.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p>Conocimiento de los integrantes.</p> <p style="text-align: center;">30 Junio 08.</p>	<p>Que los pacientes se conozcan entre sí, fortificando la cohesión grupal.</p>	<p>Dinámica de Integración “Recolección autógrafos”.</p> <p>Relajación (Respiración Diafragmática).</p> <p>Cierre</p>	<p>Lápices, gafetes. Tarjetas bibliográficas, Hojas blancas.</p> <p>Música instrumental.</p>	<p>Por medio de la expresión de los integrantes, se logró una apertura grupal y conocimiento de los pacientes.</p>

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
3 Impacto de la enfermedad en los pacientes candidatos a trasplante hepático. 28 Julio 08.	Que los pacientes expresen cómo han vivido la enfermedad y su forma de afrontarla.	Expositiva y vivencial. Relajación (Imaginería) Cierre	Gafetes. Música instrumental	Se revisó información de la enfermedad, recalcando la importancia de conocer el padecimiento para prevención y mejor autocuidado. También se vieron síntomas de depresión, formas para combatirla y cambios producidos por el paciente a partir del inicio de la enfermedad hasta la actualidad. (Sólo asistió una paciente y su familiar).
4 Importancia de la familia ante el padecimiento de una enfermedad crónica. 25 Agosto 08.	Que el paciente a través de una dinámica, conviva y reflexione junto con su familiar, el apoyo durante el padecimiento de una enfermedad crónica.	Expositiva y vivencial. Relajación (Imaginería) Cierre	Gafetes. Hojas blancas y lápices. Música instrumental	A través de una dinámica logran expresar la relación y el apoyo que ha recibido la paciente de su familia y la forma de afrontarlo, de igual manera, la cuidadora primaria expresa la forma de apoyar a su paciente. (Sólo asistió una paciente y su familiar).
5 Aspectos sociales del trasplante hepático. 27 Octubre 08.	Que los pacientes conozcan los aspectos sociales del trasplante hepático, de parte de la Trabajadora Social responsable del Servicio.	Expositiva: Se explica la importancia de los aspectos sociales del trasplante hepático, enfatizando su continuo seguimiento de parte de Trabajo Social. Relajación (Imaginería) Cierre	Gafetes. Música instrumental	A través de Trabajo Social se logró captar más pacientes para su inclusión en el grupo, aumentando a seis pacientes. Se logró dar información y retroalimentación a los pacientes, resolviendo sus dudas sobre la importancia de los aspectos sociales (recursos físicos y económicos) para un pronóstico favorable en el proceso de trasplante hepático.

<i>Sesión / Tema</i>	<i>Objetivo Particular</i>	<i>Técnica / Procedimiento</i>	<i>Material</i>	<i>Observaciones</i>
<p>6</p> <p>Aspectos Psicológicos del Trasplante Hepático</p> <p>24 Noviembre 08.</p>	<p>Que los pacientes conozcan los aspectos psicológicos del trasplante hepático, así como las diferentes áreas en las que impacta la enfermedad.</p>	<p>Expositiva. (Residente de Medicina Conductual)</p> <p>Relajación (Imaginería)</p> <p>Cierre</p>	<p>Gafetes.</p> <p>Música instrumental</p>	<p>Se explicaron aspectos psicológicos por los que pasa el paciente candidato a trasplante de hígado, así como los familiares de éstos. Se compartieron vivencias de las áreas afectadas a partir de la presencia de la enfermedad.</p>
<p>7</p> <p>Aspectos Psiquiátricos del Trasplante Hepático</p> <p>26 Enero 09.</p>	<p>Que los pacientes conozcan los aspectos psiquiátricos y de salud mental del trasplante hepático, así como su importancia en la valoración previa y de seguimiento a fin de evitación de recaídas.</p>	<p>Expositiva (Psiquiatra Adscrita)</p> <p>Relajación (Imaginería)</p> <p>Cierre</p>	<p>Gafetes.</p> <p>Música instrumental</p>	<p>Se explicaron aspectos generales de la importancia en la evaluación del paciente del área de psiquiatría, enfatizando también su seguimiento por las diferentes etapas en las que pasa el paciente y su familia.</p>

ANEXO 5

Sesiones de Grupo de Fomento de Adherencia a
CPAP.

Servicio de Psicología y Clínica del Sueño
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición
"Salvador Zubirán"

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
1	20 min.	Encuadre del grupo Presentación del taller Presentación de terapeutas y usuarios	Técnica: Presentación subjetiva Material: <ul style="list-style-type: none"> • Gafetes • Plumones 	Presentación de los terapeutas. Dirigir y coordinar dinámicas.	Presentación de los usuarios. Participación activa.	Ninguna.	Aprenderse los nombres de cada integrante.	Ninguna.
	25 min.	Que el paciente conozca su padecimiento (apnea) y el uso del CPAP.	Técnica: Psicoeducación Material: <ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Pizarrón • Plumones • Equipo CPAP • Hojas blancas • Lápices 	Coordinar y dirigir la participación del paciente. Conjuntar y ampliar la información junto con equipo de Clínica de Sueño.	Participación activa y exposición de dudas.	Escribir dudas para siguiente sesión. Llenado de diarios.	Que el paciente domine tanto la información de su padecimiento como el uso correcto del CPAP.	Lista de chequeo con los puntos más importantes de la información.
	15 min.	Que el paciente pueda realizar al menos un ejercicio de relajación.	Técnicas: Ejercicios de relajación: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración diafragmática • Imaginería Material: <ul style="list-style-type: none"> • Toalla o tapete • Folletos 	Explicar y modelar al paciente cómo se realiza el ejercicio de respiración diafragmática. Identificar dificultades que pudieran interferir en la ejecución del ejercicio Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes.	- Seguir las indicaciones del terapeuta sobre el ejercicio de respiración y repetir los movimientos que implica el ejercicio de respiración diafragmática. - Señalar dificultades que pudiera experimentar.	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar el ejercicio de respiración diafragmática o imaginería en al menos 3 ocasiones en la semana. • Llenado de diarios. 	Ejecute sin apoyo del terapeuta el ejercicio de respiración diafragmática e imaginería, cubriendo un 75% de la técnica.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo sobre la ejecución del ejercicio de respiración. • Registro de la práctica en casa.
	15 min.	Que el paciente se evalúe de inicio (pretest): * Medidas fisiológicas (CPAP) * Tests de sueño * Personalidad: * MMPI * SCID * Redes semánticas * Modos de Afrontamiento * HAD * Diarios (pac y cuidador)	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas psicológicas respectivas 	Aplicación de las pruebas programadas previamente.	Contestar pruebas.	Ninguna en pruebas. Sólo en registro de diarios, tener línea base (1, 2 semanas)	Ninguno	Test contestados y calificados.
	15 min.	Cierre de sesión	Técnica: Sugerencias para taller Material: <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices 	Resolución de dudas Petición de sugerencias para taller	Formulación de dudas, sugerencias y observaciones.	Ninguna.	Ninguno.	Ninguno.

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
2	15 min.	Integración de participantes Encuadre y explicación de sesión	Técnica: "Me pica aquí" Material: • Gafetes	Dirigir dinámica de presentación Explicar objetivo de la sesión.	Participación activa	Ninguna	Aprenderse los nombres de los integrantes	Ninguna.
	25 min.	• Que el paciente pueda identificar sus principales problemas para el manejo de la adherencia al CPAP.	Técnicas: <i>Psicoeducación:</i> Definición e Importancia de adherencia a tx. <i>Lluvia de ideas:</i> problemas individuales de adh. a tx. Material: • Folletos • Pizarrón • Plumones • Hojas de colores • Plumas / lápices	Explicar la importancia de mantener una adecuada adherencia a tx médico. Coordinar y dirigir la participación del paciente.	Participación activa y exposición de dudas.	Que el paciente identifique principales problemas durante la semana para seguir adherencia a CPAP, trayendo algunas opciones de solución a éstos. Llenado de diarios.	Que el paciente pueda nombrar sus principales problemas de adherencia a CPAP.	Listado de principales dificultades de adherencia a CPAP.
	15min.	• Que el paciente pueda realizar un ejercicio de relajación autógena.	Técnica: Relajación autógena Material: • CD grabado • Folletos • Toalla o tapete	- Indicar de forma verbal a los participantes la forma en cómo se realiza el ejercicio de relajación autógena. - Repetir las indicaciones verbales del ejercicio. - Identificar dificultades que pudieran interferir en la ejecución del ejercicio. - Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes.	- Seguir las indicaciones del terapeuta sobre el ejercicio de relajación autógena. - Ejecutar el ejercicio sin apoyo del terapeuta. - Señalar dificultades que pudiera experimentar durante el ejercicio de relajación.	• Practicar el ejercicio de relajación durante el día y en el transcurso de la semana, mínimo en tres ocasiones. Llenado de diarios.	Que los participantes consigan relajarse y ejecute sin apoyo del terapeuta el ejercicio de relajación, consiguiendo el dominio de la técnica en un 80%.	• Consiga un estado de relajación, así como señale una sensación de relajación en un nivel de 8 en una escala de auto-informe que va de 0 a 10. • Registro de práctica diaria.
	10 min.	Cierre de sesión.	Técnica: Resolución de dudas.	Resolver dudas.	Preguntar por dudas o inquietudes.	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
3	10 min.	Encuadre y explicación de sesión	Material: <ul style="list-style-type: none"> Gafetes 	Explicar objetivo de la sesión. Resolución de dudas	Participación activa Realización de peticiones, observaciones.	Ninguna	Ninguno.	Ninguna.
	20 min.	Que los participantes utilicen la técnica de solución de problemas para el uso correcto de CPAP.	Técnica: Solución de problemas Dinámica: "Meta - Deseo". Material: <ul style="list-style-type: none"> Rotafolio Pizarrón Plumones Folletos 	- Explicar la técnica de solución de problemas - Apoyar en la identificación del problema y en la aplicación de la técnica.	- Identificar en sus diarios un problema relacionado con la adherencia a CPAP. - Aplicar la técnica en solución de problemas.	- Aplique las alternativas de solución que haya planteado.	- Plantee un problema y aplique la técnica en un 80%	Planteamiento de alternativas de solución
	20 min.	Que el paciente pueda realizar un ejercicio de Relajación Muscular Progresiva	Técnica: Relajación muscular progresiva. Material: <ul style="list-style-type: none"> CD grabado Folletos Toalla o tapete 	- Indicar de forma verbal a los participantes la forma en cómo se realiza el ejercicio de relajación muscular progresiva. - Repetir las indicaciones verbales del ejercicio. - Identificar dificultades que pudieran interferir en la ejecución del ejercicio. - Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes.	- Seguir las indicaciones del terapeuta sobre el ejercicio de relajación autógena. - Ejecutar el ejercicio sin apoyo del terapeuta. - Señalar dificultades que pudiera experimentar durante el ejercicio de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> Practicar el ejercicio de relajación durante el día y en el transcurso de la semana, mínimo en tres ocasiones. Llenado de diarios.	Que los participantes consigan relajarse y ejecute sin apoyo del terapeuta el ejercicio de relajación, consiguiendo el dominio de la técnica en un 80%.	<ul style="list-style-type: none"> Consiga un estado de relajación, así como señale una sensación de relajación en un nivel de 8 en una escala de auto-informe que va de 0 a 10. Registro de práctica diaria.
	10 min.	Cierre de sesión	Técnica: Resolución de dudas.	Resolver dudas.	Preguntar por dudas o inquietudes.	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
4	10 min.	Encuadre y explicación de sesión	Material: <ul style="list-style-type: none"> Gafetes 	Explicar objetivo de la sesión. Resolución de dudas	Participación activa Realización de peticiones, observaciones.	Ninguna	Ninguno.	Ninguna.
	30 min.	<p>Que los participantes identifiquen la relación entre situación-emoción-pensamiento.</p> <p>Que plantee alternativas para disminuir o controlar la respuesta emocional ante diferentes eventos estresantes.</p>	Técnica: <ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación del Modelo Cognitivo Conductual. Material: <ul style="list-style-type: none"> Pizarrón Plumones Registro de cadena cognitivo conductual Registro ¿Dónde está la evidencia? 	<p>Explicar el modelo cognitivo conductual.</p> <p>Coordinar y dirigir el planteamiento de alternativas para control emocional empleado por los participantes.</p> <p>Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poner ejemplos sobre el modelo cognitivo-conductual. Señalar dificultades que pudiera experimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar el registro de los eventos que estresan a los participantes (de forma individual) y la emoción. 	Plantee ejemplos del modelo cognitivo-conductual, relacionados con el uso del CPAP.	Revisión de los registros realizados en la sesión y en casa.
	20 min.	Que el paciente pueda realizar un ejercicio de Relajación Muscular Progresiva	Técnica: <p>Relajación muscular progresiva.</p> Material: <ul style="list-style-type: none"> CD grabado Folletos Toalla o tapete 	<ul style="list-style-type: none"> Indicar de forma verbal a los participantes la forma en cómo se realiza el ejercicio de relajación muscular progresiva. Repetir las indicaciones verbales del ejercicio. Identificar dificultades que pudieran interferir en la ejecución del ejercicio. Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir las indicaciones del terapeuta sobre el ejercicio de relajación autógena. Ejecutar el ejercicio sin apoyo del terapeuta. Señalar dificultades que pudiera experimentar durante el ejercicio de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> Practicar el ejercicio de relajación durante el día y en el transcurso de la semana, mínimo en tres ocasiones. <p>Llenado de diarios.</p>	Que los participantes consigan relajarse y ejecute sin apoyo del terapeuta el ejercicio de relajación, consiguiendo el dominio de la técnica en un 80%.	<ul style="list-style-type: none"> Consiga un estado de relajación, así como señale una sensación de relajación en un nivel de 8 en una escala de auto-informe que va de 0 a 10. Registro de práctica diaria.
	10 min.	Cierre de sesión	Técnica: <p>Resolución de dudas.</p>	Resolver dudas.	Preguntar por dudas.	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
5	10 min.	Encuadre y explicación de sesión	Material: <ul style="list-style-type: none"> Gafetes 	Explicar objetivo de la sesión. Resolución de dudas	Participación activa Realización de peticiones, observaciones.	Ninguna	Ninguno.	Ninguna.
	20 min.	Retroalimentación general del taller.	Técnica: Carta de despedida. Material: <ul style="list-style-type: none"> Hojas blancas Lápices 	Dirigir dinámica	Participación activa	Realización de carta donde evalúe cambios, beneficios y/o ventajas - desventajas del taller.	Intercambio de ideas.	Exposición de cartas individuales al equipo.
	15 min.	Lectura de cuento de reflexión: "Las ranitas en la nata".	Técnica: Lectura de cuento Material: Cuento impreso.	Lectura de cuento de reflexión	Escucha activa. Participación activa.	Escucha activa.	Reflexión individual y grupal.	Participación y retroalimentación.
	15 min.	Que el paciente pueda realizar al menos un ejercicio de relajación.	Técnicas: Ejercicios de relajación: <ul style="list-style-type: none"> Respiración diafragmática Imaginería Material: <ul style="list-style-type: none"> Toalla o tapete Folleto 	Explicar y modelar al paciente cómo se realiza el ejercicio de respiración diafragmática. Identificar dificultades que pudieran interferir en la ejecución del ejercicio Retroalimentar y corregir la ejecución de los participantes.	- Seguir las indicaciones del terapeuta sobre el ejercicio de respiración y repetir los movimientos que implica el ejercicio de respiración diafragmática. - Señalar dificultades que pudiera experimentar.	<ul style="list-style-type: none"> Practicar el ejercicio de respiración diafragmática o imaginería en al menos 3 ocasiones en la semana. Llenado de diarios. 	Ejecute sin apoyo del terapeuta el ejercicio de respiración diafragmática e imaginería, cubriendo un 75% de la técnica.	<ul style="list-style-type: none"> Lista de chequeo sobre la ejecución del ejercicio de respiración. Registro de la práctica en casa.
	15 min.	Que el paciente se evalúe al finalizar la intervención (post test): *Medidas fisiológicas (CPAP) * Tests de sueño *Redes semánticas * Modos de Afrontamiento * HAD * Diarios (pac y cuidador)	Material: Pruebas psicológicas respectivas	Aplicación de las pruebas programadas previamente.	Contestar pruebas.	Ninguna en pruebas.	Que la frecuencia y del uso correcto del CPAP aumente en el paciente posterior a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> Test contestados y calificados.
10 min.	Cierre	Técnica: Resolución de dudas.	Resolver dudas.	Preguntar por dudas o inquietudes.	Ninguna	Ninguna	Ninguna	

Sesión	Tiempo	Objetivo Particular	Técnica/ Materiales	Actividades		Tarea Asignada	Criterio de cambio	Forma de Evaluación
				Terapeuta	Usuario			
SEGUIMIENTO	15 min.	<p>Que el paciente se evalúe tres meses posterior a la finalización de la intervención (seguimiento):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Medidas fisiológicas (CPAP) * Tests de sueño * Personalidad: ¿? <ul style="list-style-type: none"> * MMPI * SCID * Redes semánticas * Modos de Afrontamiento * HAD * Diarios (pac y cuidador) 	<p>Material: Pruebas psicológicas respectivas</p>	<p>Aplicación de las pruebas programadas previamente.</p>	<p>Contestar pruebas.</p>	<p>Ninguna en pruebas.</p>	<p>Que la frecuencia y del uso correcto del CPAP aumente en el paciente posterior a la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Test contestados y calificados.

ANEXO 6

Entrevista Semiestructurada
para Trasplante Hepático

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

SERVICIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO

DONADOR CADAVERÍCO

ENTREVISTA SEMI - ESTRUCTURADA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO
(EETH).

No. Expediente _____

FECHA: ____/____/____

1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE: _____	
SEXO: HOMBRE / MUJER ____/____/____(Fecha nacimiento)	EDAD: ____ (años)
ORIGINARIO: _____	RESIDENTE: _____
ESCOLARIDAD: _____	OCUPACIÓN: _____
ESTADO CIVIL: _____	RELIGIÓN _____
TELÉFONO: (a) _____ Contactar con: _____	
(b) _____ Contactar con: _____	

2. ASPECTOS FAMILIARES Y REDES DE APOYO

a. FAMILIOGRAMA

¿Quiénes forman parte de su familia?

Hombre Mujer

—— Buena relación ~~——~~ Divorcio

----- Mala relación

b. RELACIÓN FAMILIAR.

b1) ¿Cómo se lleva con su familia?

b2) ¿Alguien le ayuda a tomar decisiones importantes? (Salud, personales, económicas, etc.) ¿Quién es?

c. REDES DE APOYO.

1. ¿Con quién cuenta incondicionalmente para ayudarlo Física, moral, económicamente?

2. ¿Se encuentra satisfecho con ese apoyo? SI / NO ¿Por qué

3. COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

- a. ¿Conoce cuál es el diagnóstico médico por el que le dio Insuficiencia Hepática?

SI / NO ¿Cuál es?

- b. ¿Conoce cuáles son las causas de su enfermedad?

- c. ¿Conoce cuáles son las consecuencias de su enfermedad?

d. ¿Qué cuidados debe de tener para mantenerse estable?

e. ¿Le cuesta trabajo llevar a cabo estos cuidados?

	SI	NO
1.Toma de medicamento a las horas indicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Seguimiento de régimen alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Realización de actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Asistencia a consultas médicas y/o especialistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. ¿Alguien le ayuda a seguir los puntos anteriores? Si es así, ¿quién es?

g. ¿Qué pasaría si suspende su tratamiento actual?

COMPRESIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL TRASPLANTE

h. ¿Podría describir en qué consiste el trasplante hepático?

i. ¿Qué cuidados debe de tener antes del trasplante?

j. ¿Qué cuidados debe de tener después del trasplante?

Calificación de las respuestas del paciente a las siguientes preguntas:

0= *Lo ignora* 1= *Pobre* 2= *Bueno* 3= *Excelente*

1) Comprensión del proceso de trasplante hepático	
2) Comprensión de las probabilidades de éxito del trasplante	
3) Comprensión del curso de recuperación del trasplante	
4) Comprensión de los riesgos del trasplante	
5) Habilidad para definir el propósito de los medicamentos	
6) Habilidad para definir los efectos secundarios de los medicamentos	
7) Comprensión de los cuidados pretrasplante	
8) Comprensión de los cuidados postrasplante	
PUNTUACIÓN TOTAL	

k. ¿Qué temores tiene respecto al proceso de trasplante?

m. CAMBIOS SUFRIDOS POR LA ENFERMEDAD.

A partir de la presencia de su enfermedad, <i>¿Cuáles han sido los cambios que ha sufrido en..?</i>		GM
Casa		
Trabajo y/o Escuela		
Actividades Recreativas		
Relaciones con sus familiares cercaños		
Relación con amistades		
Relación con la pareja		

b1) Del 0 al 10, ¿Cuál es el grado de malestar (GM) que le hace sentir cada una?

n. MOTIVOS PARA TRASPLANTARSE

1. ¿Alguien le sugirió que se trasplantara?

2. ¿Se siente obligado a trasplantarse? (SI / NO ¿Por qué?)

3. ¿Cuáles son las razones para trasplantarse?

4. ¿Cómo cree que va a ser su vida después del trasplante?

5. ¿Qué metas tiene a corto y largo plazo después del trasplante?

SENSIBILIZACIÓN PARA EL PACIENTE

- o. ¿Ha considerado la posibilidad de que NO le lleguen a trasplantar, ya sea por falta de donaciones o por deterioro de su cuerpo debido a la enfermedad?

(SI / NO, ¿Qué haría usted si no se le trasplantara?)

- p. ¿Ha considerado la posibilidad de que durante o después del proceso de trasplante existan complicaciones que lo lleven a la pérdida del injerto y por lo tanto de la vida?

(SI / NO, ¿Qué es lo que más le preocuparía?)

- q. ¿Ha comentado con sus familiares y/o conocidos la posibilidad de que no se le trasplante?

SI () ¿A quién le ha dicho?

¿Qué le contestó esta persona?

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

NO () ¿Qué cree que pasaría si les dijera?

r. ¿Ha pensado en quién puede confiar para encargarse de sus responsabilidades si llegara a fallecer?

SI () ¿En quiénes?

¿En qué le ayudarían?_____

NO () ¿Qué pasaría si lo hiciera?

Tomando en cuenta su enfermedad, ¿qué puede hacer para vivir de la manera más satisfactoria posible?

4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA / FORMAS DE AFRONTAMIENTO

a. ¿Podría describir qué actividades realiza en un día normal?

b. ¿Cómo se percibe según su actividad en un día normal?

- 1. Muy ocupado, muchas actividades
- 2. Algo ocupado, algunas actividades
- 3. Moderadamente ocupado, cantidad promedio de actividad
- 4. Algo inactivo, pocas actividades
- 5. Muy inactivo, muy pocas actividades

c. ¿Se encuentra satisfecho con este nivel de actividad?

SI () NO () ¿Qué podría hacer para mejorarlo?

d. Señale qué actividades realiza:

Ejercicio

Meditación, yoga

Lectura

Escuchar música

Tejer, Bordar

Ver televisión

Diversiones. Especifique:_____

Otros:_____

5. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO...?				
PADECIMIENTO	SI	NO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Episodio Depresivo Mayor (Actual 2 semanas) Pasado				
Distimia (Actual más de 2 años)				
Ideación suicida / homicida (Actual más de 1 mes)				
Episodio (Hipo) Maníaco Actual Pasado				
Ansiedad Ataques de pánico Agorafobia Fobia social Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno de ansiedad generalizada				
Trastorno por estrés postraumático (Actual más de 1 mes)				
Consumo de Tabaco Anterior Actual				Edad de Inicio: Frecuencia:

¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO...?				
PADECIMIENTO	SI	NO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Consumo de Alcohol Anterior Actual				Edad de inicio: Frecuencia:
Consumo de Drogas Anterior Actual				Edad de inicio: Frecuencia: Especificar:
Trastornos Psicóticos				
Anorexia Nerviosa				
Bulimia Nerviosa				
Trastorno de Personalidad Antisocial				
¿Ha consumido Medicamentos psicotrópicos?				Nombres:
Hospitalizaciones psiquiátricas				Fechas:
Acudido a psicoterapia ¿Resultados satisfactorios?				Fechas:
Grupos de autoayuda ¿Resultados satisfactorios?				
Problemas psiquiátricos en familia				
Problemas de abusos de sustancias en familia				

6. OBSERVACIONES.

7. EXAMEN MENTAL.

Califique con una 'X', de acuerdo con lo observado con el paciente.

1. PRESENTACIÓN	
1.1 ESTADO DE CONCIENCIA	a) Coma b) Estupor c) Somnolencia y Letargo d) Abotargamiento e) Vigilia
1.2 ASPECTO GENERAL	
Higiene personal o aliño	a) Adecuado b) Inadecuado
Complexión	a) Mesomórfica b) Ectomórfica c) Endomórfica
Edad	a) Igual b) Mayor c) Menor ... a la cronológica
Actitud hacia la entrevista	a) Cooperativo b) Evasivo c) Arrogante d) Apático e) Amistosa f) Atenta g) Interesada h) Franca i) Seductora j) Defensiva k) Hostil l) Cautelosa
Latencia de respuesta	a) Adecuada b) Inadecuada b1) Retardada b2) Acelerada
2. CONDUCTA MOTORA Y AFECTO	
2.1 Conducta motora	a) Rápidos b) Cortos c) Tics d) Poses Describe:
2.2 Afecto	a) Dentro de los límites normales b) Constreñido c) Embotado d) Plano e) Angustiado f) Lloroso g) Deprimido h) Enfadado i) Eufórico
2.3 Expresión no verbal	a) Congruente con humor b) Incongruente con humor
3. ESTADO COGNOSCITIVO	
3.1 Orientación	a) Espacio b) Persona c) Tiempo
3.2 Atención y concentración	a) Se distrae fácilmente b) Inatención c) Contesta a las preguntas
3.3 Memoria	a) Inmediata b) Reciente c) Remota: c1) Episódica c2) Semántica
3.4 Lenguaje	a) Fluidez b) Comprensión c) Repetición d) Denominación
3.5 Cálculo	a) Déficits b) Excesos c) Sin alteraciones
4. PENSAMIENTO	
4.1 Proceso	a) Concreto b) Tangencial c) Circunstancial d) Perseverativo e) Laxo f) Incoherente g) Lógico y coherente h) Neologismos
4.2 Contenido	a) Delirios b) Preocupaciones c) Obsesiones y compulsiones d) Ideas suicidas u homicidas e) Ideas de referencia Especificar:

ANEXO 7

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria
“HAD”

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

Instrucciones: Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso (a) o nervioso (a):

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí pero no me preocupa No en absoluto

4. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

8. Me siento lento (a) y torpe:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

ANEXO 8

Escala de Calidad de Vida y Salud

SF 36

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD SF 36

Instrucciones: Marque una sola respuesta, encerrando en un círculo la respuesta que usted considere se acerque a su estado actual:

1. **En general usted diría que su salud es:**
 1. Excelente
 2. Muy buena
 3. Buena
 4. Regular
 5. Mala
2. **¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**
 1. Mucho mejor ahora que hace un año
 2. Algo mejor ahora que hace un año
 3. Más o menos igual que hace un año
 4. Algo peor ahora que hace un año
 5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. **Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
4. **Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
5. **Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de compra?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

6. **Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
7. **Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
8. **Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
9. **Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
10. **Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?.**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
11. **Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos cien metros)?.**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
12. **Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Sí
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Sí
2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí
2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

- 24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

- 34. Estoy tan sano como cualquiera**
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No lo sé
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 35. Creo que mi salud va a empeorar**
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No lo sé
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 36. Mi salud es excelente.**
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No lo sé
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa

ANEXO 9

Escala de Afrontamiento de Moos

ESCALA DE AFRONTAMIENTO MOOS.

Instrucciones: Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso encerrando en un círculo la respuesta.

CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

1. Trato de conocer más del problema.

0%	.....	20%	.....	40%	.....	60%	.....	80%	.....	100%
Nunca		Casi Nunca		Pocas Veces		Frecuente- mente		Casi Siempre		Siempre

2. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema.

0%	.....	20%	.....	40%	.....	60%	.....	80%	.....	100%
Nunca		Casi Nunca		Pocas Veces		Frecuente- mente		Casi Siempre		Siempre

3. Hablo con un amigo acerca del problema.

0%	.....	20%	.....	40%	.....	60%	.....	80%	.....	100%
Nunca		Casi Nunca		Pocas Veces		Frecuente- mente		Casi Siempre		Siempre

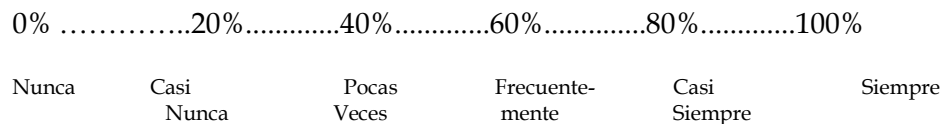
4. Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema.

0%	.....	20%	.....	40%	.....	60%	.....	80%	.....	100%
Nunca		Casi Nunca		Pocas Veces		Frecuente- mente		Casi Siempre		Siempre

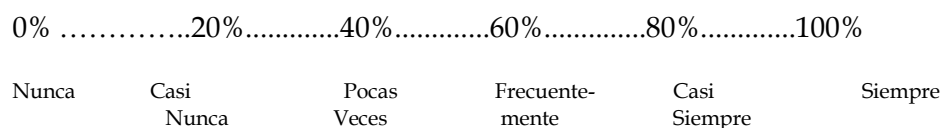
5. Le pido a Dios que me guíe o me dé valor.

0%	.....	20%	.....	40%	.....	60%	.....	80%	.....	100%
Nunca		Casi Nunca		Pocas Veces		Frecuente- mente		Casi Siempre		Siempre

6. Me preparo por si pasa lo peor.

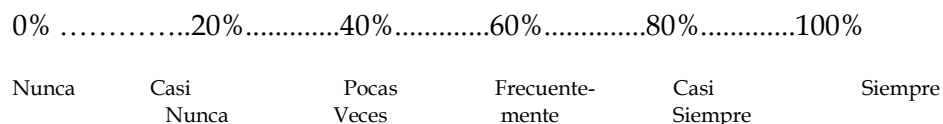


7. No me preocupo, pienso que todo saldrá bien.

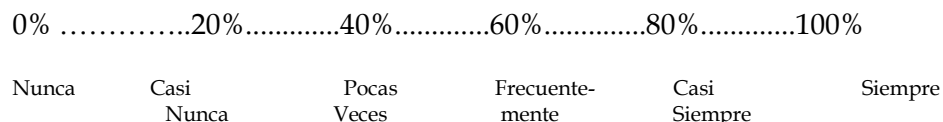


CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

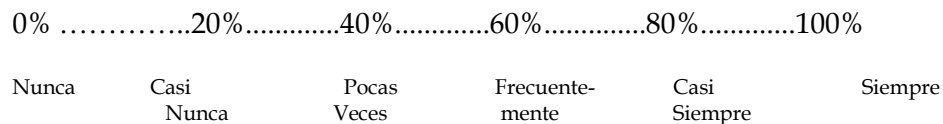
8. Cuando me siento enojado (a me desquito con otras personas.



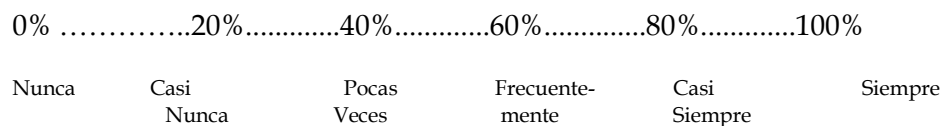
9. Cuando me siento deprimido (a) me desquito con otras personas.

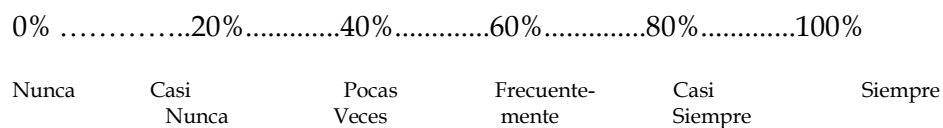
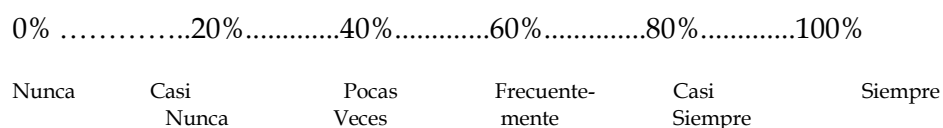
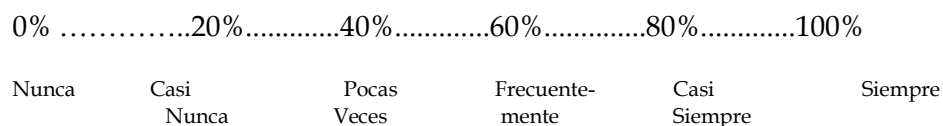
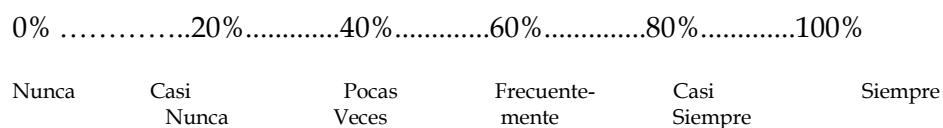


10. Trato de ver el lado bueno del problema.

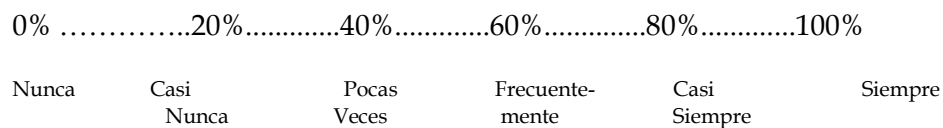
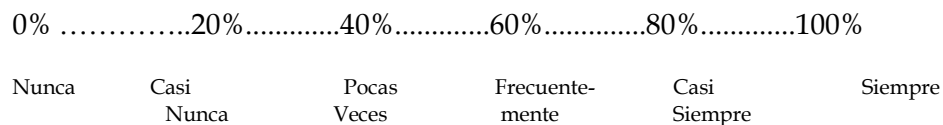


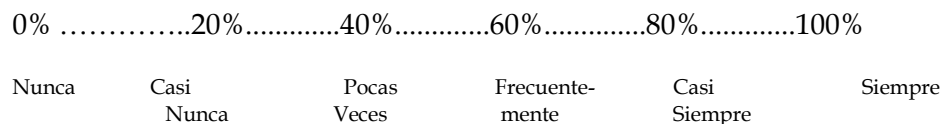
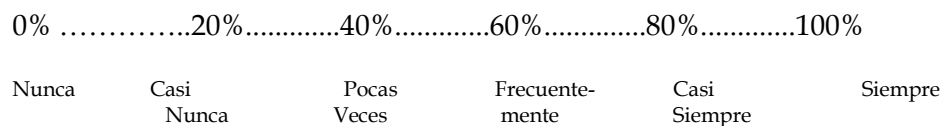
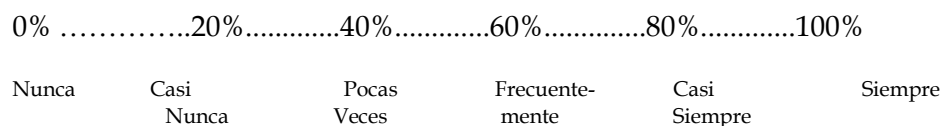
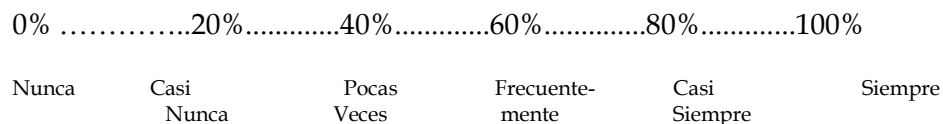
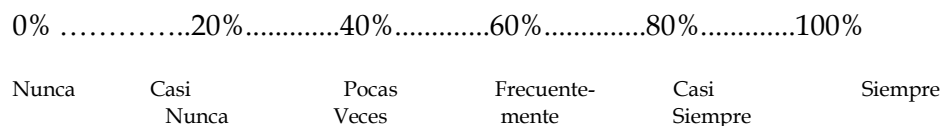
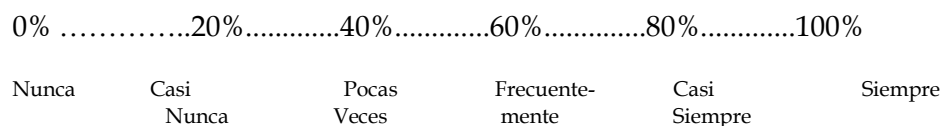
11. Hago otras cosas para no pensar en el problema.



12. Pienso en un plan de acción y lo llevo a cabo.**13. Pienso en varias formas de resolver el problema.****14. Me guío por mis experiencias pasadas en situaciones similares.****15. Doy a notar lo que siento.**

CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

16. Trato de analizar el problema y de ver las cosas objetivamente.**17. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor.**

18. Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente.**19. Me digo cosas a mí mismo (a) para sentirme mejor.****20. Me olvido del problema por un tiempo.****21. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas.****22. Prefiero estar alejado (a) de la gente.****23. Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes.**

CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

24. Me niego a creer lo que está pasando

0%20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	----------------	---------------------	-----------------	---------

25. Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen.

0%20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	----------------	---------------------	-----------------	---------

26. Trato de permanecer insensible, que no me afecte.

0%20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	----------------	---------------------	-----------------	---------

27. Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares.

0%20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	----------------	---------------------	-----------------	---------

28. Trato de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo del problema.

0%20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	----------------	---------------------	-----------------	---------

29. Trato de relajarme o tomarlo con calma:

- A. Bebiendo más
- B. Comiendo más
- C. Fumando más
- D. Durmiendo más
- E. Haciendo más ejercicio
- F. Hago otras cosas (anotar) : _____

30. ¿Cuántos amigos (as) considera que tiene?

A.....B.....C.....D.....E.....F

Ninguno Uno Dos Tres Cuatro Más de Cuatro

31. ¿Cuántos amigos (as) cercanos con quienes pueda platicar de sus problemas tiene?

A.....B.....C.....D.....E.....F

Ninguno Uno Dos Tres Cuatro Más de Cuatro

32. ¿A cuántas personas conoce de quienes pueda esperar ayuda real cuando tiene problemas?

A.....B.....C.....D.....E.....F

Ninguno Uno Dos Tres Cuatro Más de Cuatro

33. Tengo un círculo de amigos (as) con quienes mantengo un contacto cercano.

A.....B.....C.....D.....E.....F

Una vez	Una vez	Una vez	Una vez	Una vez	Una vez
al día	a la	al mes	cada 6	cada año	cada
	semana		meses		2 años