

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA RESIDENCIA
EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

DIRECTOR DEL REPORTE: MAESTRO FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

VOCAL: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

SECRETARIO: DRA. GABINA VILLAGRAN VÁZQUEZ

SUPLENTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SUPLENTE: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Muchas Gracias

Papá, por tu recuerdo constante de amor y entrega

Mamá, Laura, Mónica y Gaby; por su amor, grandes enseñanzas, y complicidad incondicional en cada uno de mis sueños

Gabo y Mariana; por existir y enseñarme lo esencial

Angelina; por ser mi amiga

Mario, por tu gran compañía académica y profesional

Fer, Lolita, Samuel; por su gran apoyo académico y profesional en esta etapa de mi formación

A cada paciente que confió en mí y me transformo en Psicóloga clínica de la salud

INDÍCE

Introducción	2
Marco teórico	3
Medicina Conductual	
Enfermedades crónicas y Medicina Conductual	5
Diabetes y Medicina Conductual	5
Insuficiencia renal y Medicina Conductual	8
Cardiopatía Isquémica y Medicina Conductual	12
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Medicina conductual	15
Intento de suicidio y Medicina Conductual	18
SIDA y Medicina Conductual	19
Supresión ética y Medicina Conductual	22
Dolor y Medicina Conductual	23
Cuidados Paliativos y Medicina Conductual	32
Primer reporte	38
Segundo reporte	49
Protocolo de investigación	60
Resumen de caso clínico	70
Evaluación de la Residencia	92
Conclusiones y Sugerencias	94
Bibliografía	95
Anexos	
Manual “Manejo de la diabetes”	
Inventario de Depresión de Beck	
Inventario de Ansiedad de Beck	

INTRODUCCIÓN

Uno de los campos profesionales que ofrece la maestría en Psicología Profesional de la UNAM, es la Psicología aplicada al área de la salud, en un contexto hospitalario, por medio del programa de residencia en Medicina Conductual.

Aún cuando el campo es reciente en México, este tipo de programas contribuyen al crecimiento y desarrollo de la Psicología.

Este programa reúne las bases teóricas y prácticas que permiten la formación integral para el trabajo profesional como psicólogo clínico de la salud.

La oportunidad de ser parte de un equipo hospitalario, multi e interdisciplinario, y el gran número de pacientes que se atienden con diversas patologías físicas y psicológicas, hacen que esta experiencia cumpla con el objetivo de conseguir la profesionalización por medio de la práctica.

El presente trabajo se presenta, en primer lugar, una revisión teórica de los conceptos centrales del campo de la medicina conductual, su perspectiva de atención e investigación, y su enfoque cognitivo conductual a la salud, considerando principalmente los padecimientos que fueron atendidos durante la residencia.

En segundo lugar, se describe la experiencia profesional a lo largo de esta residencia. El primer año, describe las actividades profesionales que lleve a cabo en el Hospital General de Atizapán, en el servicio de Medicina Interna, y en el segundo año, las actividades que lleve a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

La tercera parte del reporte incluye el desarrollo del protocolo de investigación descriptivo, "Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes que padecen dolor crónico". Así como la descripción de un caso clínico.

Al final, se señalan algunas limitaciones del programa, y se sugieren acciones para optimizar las experiencias de formación en la Residencia.

INTRODUCCIÓN

Uno de los campos profesionales que ofrece la maestría en Psicología Profesional de la UNAM, es la Psicología aplicada al área de la salud, en un contexto hospitalario, por medio del programa de residencia en Medicina Conductual.

Aún cuando el campo es reciente en México, este tipo de programas contribuyen al crecimiento y desarrollo de la Psicología.

Este programa reúne las bases teóricas y prácticas que permiten la formación integral para el trabajo profesional como psicólogo clínico de la salud.

La oportunidad de ser parte de un equipo hospitalario, multi e interdisciplinario, y el gran número de pacientes que se atienden con diversas patologías físicas y psicológicas, hacen que esta experiencia cumpla con el objetivo de conseguir la profesionalización por medio de la práctica.

El presente trabajo se presenta, en primer lugar, una revisión teórica de los conceptos centrales del campo de la medicina conductual, su perspectiva de atención e investigación, y su enfoque cognitivo conductual a la salud, considerando principalmente los padecimientos que fueron atendidos durante la residencia.

En segundo lugar, se describe la experiencia profesional a lo largo de esta residencia. El primer año, describe las actividades profesionales que lleve a cabo en el Hospital General de Atizapán, en el servicio de Medicina Interna, y en el segundo año, las actividades que lleve a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

La tercera parte del reporte incluye el desarrollo del protocolo de investigación descriptivo, "Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes que padecen dolor crónico". Así como la descripción de un caso clínico.

Al final, se señalan algunas limitaciones del programa, y se sugieren acciones para optimizar las experiencias de formación en la Residencia.

MARCO TEÓRICO

Medicina Conductual

En 1980 Matarazzo menciona que el término Medicina Conductual se usa para referirse al amplio campo interdisciplinario de índole científico, educativo y práctico, el cual se interesa en sí mismo por la salud y la enfermedad y las disfunciones relacionadas (por ejemplo la hipertensión arterial esencial, hipercolesterolemia, desórdenes relacionados con el estrés, adicciones, obesidad, etc.). Dentro de este campo, el término “salud conductual” se refiere a una subespecialidad interdisciplinaria concerniente al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades y disfunciones en personas comúnmente saludables.

Sin embargo, el término fue acuñado desde años antes, en 1977 en la conferencia de Yale, donde los participantes acuerdan la siguiente definición: “Medicina conductual es el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual y las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, (Schwartz y Weiss, 1978).

En esta conferencia también se propone una lista general de los problemas que pueden presentarse en cualquier desorden físico, y donde la medicina conductual puede tener aplicación.

1. Influencias socioculturales en la salud y en la enfermedad física, incluyendo estudios sociológicos, epidemiológicos y antropológicos.
2. Factores psicosociales que contribuyen a la salud y enfermedad física, dentro de los cuales están la psicología social, la personalidad y estudios psicofisiológicos que investigan el estrés conductual y emocional y las consecuencias que pueda tener.
3. Conductas relacionadas con la salud, conductas relacionadas con la enfermedad, y conductas del rol enfermo.

4. Determinantes cognoscitivas de salud y enfermedad física, con especial reconocimiento de factores placebo.
5. Desarrollo de técnicas diagnósticas conductuales, lo que incluye procedimientos de medición psicofisiológica (p. ej. estrés)
6. El dolor y su regulación
7. Factores que contribuyen a la adherencia terapéutica médica (incluyendo estudios de “cumplimiento”) así como investigaciones relevantes sobre aproximaciones conductuales para el control del abuso de sustancias.
8. Contribuciones conductuales para el tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos, lo que comprende manejo de estrés y terapias autorregulatorias como la retroalimentación biológica y la relajación, además de la evaluación de diferentes técnicas de modificación de conducta.
9. Aproximaciones conductuales para la prevención de la enfermedad física y la promoción de la salud, dentro de lo cual están las investigaciones interdisciplinarias derivadas de la educación, economía y teoría de sistemas sociales.

Finalmente, el grupo también define aquello que queda fuera del interés y alcance de la medicina conductual:

1. Enfermedad psiquiátrica tradicional (neurosis, psicosis) per se.
2. Abuso de sustancias per se.
3. Retardo mental per se.
4. Problemas de bienestar social per se.

Así pues desde que se establece el concepto de medicina conductual en 1977, se han venido desarrollando trabajos científicos en diversas áreas que han demostrado la efectividad de este tipo de intervenciones.

Estos trabajos han tenido un notable desarrollo, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, sin embargo es una especialidad relativamente reciente, sobretodo en países como el nuestro, por lo cual se considera muy importante desarrollar cada vez más intervenciones válidas, que permitan continuar con la aplicación de las técnicas conductuales

en la atención de diversos padecimientos, con el fin de ayudar a incrementar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, a través de la reducción de síntomas psicológicos como la ansiedad y depresión, pero también fortaleciendo la adherencia a los tratamientos médicos, con lo cual se pueden observar mejores resultados en el proceso de recuperación o control de la enfermedad.

Enfermedades Crónicas y Medicina Conductual

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín,1995); desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

Diabetes y Medicina conductual

La diabetes mellitus constituye un problema internacional de salud pública. La Organización Mundial de la Salud, estima que existe una prevalencia aproximada de 177 millones de personas con diabetes en todo el mundo, y se espera que la cifra aumente hasta 370 millones en el año 2030 (OMS 2003). En México existen 10 millones de personas que la padecen, cada día mueren 40 personas aproximadamente por esta causa y es la segunda causa de ceguera y de amputación de miembros inferiores. Entre las mujeres, en 2004 por INEGI (Base de datos de defunciones 2002.) es reportada como la primera causa de muerte, mientras que entre los hombres ocupa el segundo lugar.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que, consiste en una concentración alta de glucosa en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina. En su etiología parecen intervenir tanto la herencia como el ambiente.

Se distinguen dos tipos de diabetes:

Diabetes tipo I (Insulina dependiente), en donde se han destruido casi todas las células beta, por lo que resulta esencial para mantener la vida el suministro externo y diario de insulina, y en general se caracteriza por; comenzar en la niñez y adolescencia, su aparición suele ser aguda, teniendo marcados síntomas, como; poliuria, sed, cansancio, pérdida de peso, desórdenes en la piel, visión borrosa, antecedentes familiares en el 50% de los casos, peso corporal en el principio, cetoacidosis y coma con cierta frecuencia, buena respuesta a la insulina, nula respuesta a hipoglicemiantes orales, ocurre por igual en hombres y mujeres, supone el 20% del total de las diabetes.

Diabetes tipo II, Las características más comunes en este tipo de diabetes son; comenzar en la mediana edad, incluso en ancianos, aparición gradual, siendo a menudo asintomático en sus principios, antecedentes familiares prácticamente en el 100% de los casos, el 80% son personas obesas, cetoacidosis y coma generalmente ausentes, buena respuesta a los agentes orales, ocurre con frecuencia en mujeres.

Siempre que se cumplan las indicaciones terapéuticas, sobre todo dietéticas, los diabéticos pueden llevar una vida normal. Pero si el tratamiento no es llevado adecuadamente, las consecuencias pueden ser serias y graves, como; Enfermedades cardiovasculares, accidentes vasculares cerebrales, enfermedades arteriales periféricas, gangrenas, enfermedades renales, ceguera, hipertensión, lesión de fibras y células nerviosas, impotencia, aumento en la incidencia de infecciones, pérdida de masa y fuerza muscular, disfunción gastrointestinal, rigidez de las articulaciones y a piel, disminución de la capacidad de distinguir colores.

Aún cuando los datos empíricos confirman la efectividad de las intervenciones intensivas farmacológicas para alcanzar niveles normales de hemoglobina glucosilada, presión arterial y lípidos, pocos pacientes se benefician de éste porque su uso no se ha generalizado, ya que requiere para su aplicación de

intervenciones de auto cuidado intensivas, y es aquí donde las intervenciones del psicólogo (residente en medicina conductual) toma un lugar preponderante, a través del desarrollo y prueba de la efectividad de diferentes intervenciones para optimizar el control metabólico, mantener la calidad de vida y el bienestar en general, fortaleciendo así la interdisciplina y desarrollando una interfaz de comunicación, así como en el planteamiento de nuevos roles para el personal de salud y los pacientes. (Kumate, Wachter, Gamiochipi, y cols. 2004)

La poca eficacia en el tratamiento de la Diabetes mellitus, según Murguía (2001), esta asociada con diversos factores, como la calidad del tratamiento, la relación médico-paciente, y las deficiencias en el entrenamiento del auto manejo de la enfermedad, así como con variables psicosociales tales, como el desajuste psico social, el estrés y los hábitos patógenos en la adherencia al tratamiento.

Una aproximación teórica, que ha demostrado gran éxito en la promoción de la adherencia al tratamiento de la Diabetes mellitus, es el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (1983), el cual describe una secuencia de estadios motivacionales en las personas que cambian de hábitos, y presenta los procesos que permiten una evolución más sencilla hacia el abandono de los hábitos patógenos.

Tomando en cuenta este modelo, se realizaron las intervenciones psicológicas con este tipo de pacientes. Las fases propuestas por el modelo transteórico antes mencionado son: Pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.

Las personas con diabetes mellitus que están en etapa de pre contemplación, se caracterizan por una incapacidad para percibir como problemáticos los propios, hábitos patógenos. Por lo tanto, en esta fase, el psicólogo informa al paciente de la relación que existe entre el comportamiento y las emociones, con el control glucémico, también es preciso que el médico conozca el estado motivacional del paciente, para llevar a cabo las recomendaciones necesarias sobre el estilo de intervención a seguir.

El paciente en contemplación, ya se ha dado cuenta que es necesario para el, cambiar algún hábito, sin embargo, no tiene un plan de acción. En esta etapa es importante que el paciente haga una evaluación de las conductas que quiere cambiar. En la fase de preparación, se planean las acciones que se llevarán a cabo para cambiar una conducta problema. Se toman en cuenta las posibles barreras y los recursos con los que cuenta el paciente. En la etapa de acción el paciente se encuentra aplicando activamente el plan; en esta fase la orientación, el apoyo y la guía son muy necesarios. En la etapa de mantenimiento, la persona pondrá a prueba sus habilidades para mantener los cambios recién alcanzados.

En la etapa de recaída se recomienda informar a la persona sobre la importancia de las situaciones de riesgo para que se de la recaída. Se debe capacitar tanto a los profesionales de salud como a los pacientes, que la recaída es parte del proceso y que después de está podrá recorrer con mayor facilidad las etapas antes mencionadas.

Se realizaron intervenciones para dotar a los pacientes diabéticos de habilidades que les permitan afrontar las situaciones estresantes

Insuficiencia renal y Medicina conductual

La insuficiencia renal crónica (IRC) en México, clasificada entre las nefritis y nefrosis entre mujeres y hombres mexicanos ocupa la novena y décima causa de muerte respectivamente.(INEGI 2004)

Una de las principales causas, es la baja adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, quienes suelen desencadenar en fases avanzadas de la enfermedad, esta complicación renal.

La Insuficiencia renal crónica es una enfermedad que determina importantes alteraciones en todo el organismo, ya que los riñones tienen una gran cantidad de funciones vitales:

- Filtrar y limpiar la sangre, consiguiendo la eliminación de agua, productos tóxicos (urea, creatinina, ácido úrico) y fósforo que la sangre ha recogido por el organismo.

- Mantiene en equilibrio la presión arterial, los productos químicos y los líquidos del cuerpo.
- Protegen los dientes y huesos, evitando que se pierdan minerales como; el calcio.
- Producen hormonas: eritropoyetina (implicada en la formación de glóbulos rojos), Vitamina D (necesaria para la absorción de calcio) y renina (que interviene en la regulación de la presión arterial)
- Retienen nutrientes (proteínas, glucosa y vitaminas) y hormonas.

Y si la función renal se retarda o un riñón se lesiona, inicia la insuficiencia renal crónica, si los 2 riñones fallan, el cuerpo comienza a retener líquido y sustancias nocivas, la presión sanguínea sube, aparecen edemas, el organismo no produce glóbulos rojos, etc. Cuando esto sucede es necesario recurrir a tratamientos que sustituyan el trabajo de los riñones: Diálisis (Hemodiálisis, Diálisis peritoneal), Trasplante.

La diálisis es el proceso de eliminar los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre. Existen dos modalidades: Hemodiálisis y diálisis peritoneal, sin embargo en el Hospital General de Atizapán solo existen los recursos para llevar a cabo la diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal es un procedimiento para reemplazar la función del riñón. Limpia la sangre del cuerpo utilizando la membrana peritoneal del paciente (peritoneo: membrana delgada en forma de saco que envuelve órganos como: hígado, estómago e intestinos). Para realizar este tipo de diálisis, debe someterse a una cirugía, en donde se inserta un catéter en la cavidad abdominal, el cual debe quedar instalado permanentemente. Dentro de la cavidad peritoneal se introduce una solución dializante especial a través del catéter y la membrana actúa como filtro. Tras un periodo de tiempo de entre 4 y 6 horas en la cavidad abdominal del paciente, la solución cargada de los tóxicos y el exceso de agua es vertida al exterior por el catéter, siendo renovada por otra nueva.

En cuanto a los aspectos psicológicos, según Lew, S., Piraino, B. (2003), los pacientes con insuficiencia renal crónica reportan un deterioro en la calidad de vida, principalmente por la percepción de pérdida de salud física, seguido por

síntomas de desesperanza, ansiedad, preocupación por finanzas, pérdida de función sexual, preocupación familiar y pérdida de independencia.

La depresión es un trastorno psicológico que suele presentarse con bastante frecuencia en estos pacientes, el cual puede estar asociado con el incremento de riesgo de muerte, mayor morbilidad, un pobre estado nutricional, anemia, incremento de hospitalizaciones. Y esto a su vez puede predecir, riesgo de sufrir peritonitis, un decremento en defensas inmunológicas.

El grado de afectación depende de cada persona y de una serie de variables como:

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

Aún cuando un gran porcentaje de pacientes superan los 65 años, este padecimiento puede presentarse a cualquier edad y se ha reportado que cuando esto ocurre en adolescentes (Calvo Piñeiro, 1996, Caporale, 2000), la enfermedad dificulta los procesos de relaciones sociales, pues se producen efectos en los aspectos físicos como: baja estatura, decoloración de los dientes o piernas deformes, lo cual puede tener como consecuencia baja adherencia al tratamiento o hasta abandono del mismo.

En cuanto a los pacientes mayores, se han tomado en cuenta estudios (Gallar, 1998, Caporale 2000) que hablan de las diferentes características de personalidad; personas mayores, tolerantes, flexibles, con una actitud vital constructiva, con autonomía, con buena capacidad de disfrutar los placeres, estos pacientes suelen adaptarse bien a los tratamientos. También con personas integradas, socialmente aceptables, que tienden a apoyarse en otros para obtener un bienestar material y un soporte emocional, para estas personas entrar en un tratamiento dialítico va a suponer un duro golpe, pero mejorarán si encuentran un ambiente cálido y protector. Otros tienen un

comportamiento rígido, convencional, extremista, muy ligado a los hábitos, para ellos cualquier cambio en el tratamiento va a ser vivido como una amenaza y sus reacciones pueden ser opositoras y/o agresivas.

En cuanto a la intervención psicológica con estos pacientes, Antequera Jurado, Blanco-Picabia (1993); mencionan la importancia de la intervención psicológica desde que el paciente se encuentra pendiente de la confirmación clínica de su enfermedad, en donde la comunicación médico-paciente recobra una especial importancia. Una vez confirmado el diagnóstico, es importante valorar el conocimiento, actitudes y creencias que el paciente mantiene hacia su enfermedad, así como características de personalidad del paciente, sus estrategias de afrontamiento, ya que la insuficiencia renal crónica y su tratamiento, están rodeados de acontecimientos y circunstancias estresantes, algunas provocadas por la enfermedad, y otras consecuentes al tratamiento, frecuentes en pacientes que son hospitalizados. (Strain 1981);

Acontecimientos y circunstancias estresantes provocadas por la enfermedad:

- Cambio en la dieta
- Deterioro (incapacidad) física
- Problemas sexuales y sociales
- Problemas financieros y laborales
- Dependencia de la diálisis para su supervivencia
- Material médico y procedimientos utilizados en la diálisis

Acontecimientos y circunstancias estresantes consecuentes de la enfermedad:

- Amenaza a la auto estima; instauración de la enfermedad, hospitalización y amenaza de muerte.
- Miedo al personal médico, cuando el paciente ingresa en el hospital, puede sentir que pone en manos de un grupo de extraños su vida, y que pueden ser o no competentes para tratarlo.
- Ansiedad de separación; dada la frecuencia con que el paciente renal visita la unidad de diálisis, y tiene que separarse de personas y cosas queridas.
- Miedo a perder la estima y aprobación de los demás; la conciencia de padecer una enfermedad debilitante, puede originar el miedo a perder la

confianza de los demás o que su dependencia provoque el rechazo de familiares y amigos.

- Miedo al dolor.

Finalmente la importancia que adquieren cada uno de estos factores varían de paciente a paciente, y en función de distintos momentos. Aún cuando pueden presentarse varias de estas circunstancias, estas se ven influenciadas por el nivel de apoyo social, situación financiera, gravedad de la enfermedad, relación con el equipo asistencial, etc.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, es fácil comprender la vulnerabilidad de estos pacientes a desarrollar cuadros psicopatológicos.

Cardiopatía Isquémica y Medicina Conductual

Las alteraciones cardiovasculares constituyen una de las primeras causas de morbi mortalidad en el mundo occidental. En México, entre los hombres es la primera causa de muerte, mientras que entre las mujeres ocupa el segundo lugar. (INEGI 2004)

Es un problema que se considerada se ha ido agravando, por una parte por su alta incidencia y por otra, porque cada vez se ven afectadas mayor numero de personas jóvenes. Esto ha dado pie a un gran número de estudios interesados en la etiología, en los factores que influyen y como prevenirlos. La gran mayoría de dichos estudios concluyen que este tipo de trastornos están relacionadas con hábitos (alimentación, actividad física, tabaquismo), personalidad y estrés. (García Huete, E., 1991).

La cardiopatía isquémica es una “afectación cardiaca aguda o crónica, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo del miocardio motivada por una disminución del calibre de los vasos del sistema arterial coronario, que puede ser de origen orgánico (fija) y/o funcional espasmódico (transitorio) (García Moll, 1983).

En 1971 la OMS, clasifica de la siguiente forma las distintas manifestaciones de la cardiopatía isquémica:

- Angina: Estable o inestable
- Infarto Agudo de Miocardio

- Insuficiencia Cardíaca Crónica
- Arritmias y Bloqueos
- Muerte súbita

Las tres últimas frecuentemente aparecen complicadas con infarto o angina.

Por su parte, el infarto Agudo de Miocardio es una necrosis de las células miocárdicas resultado de una isquemia grave, prolongada e irreversible en una zona determinada del miocardio, y la isquemia es provocada por una oclusión aguda en una arteria coronaria ya sea por ruptura de una placa, trombo o problemas arterioscleróticos. Generalmente la crisis va acompañada de sintomatología neurovegetativa; náuseas, vómito, sudoración, palidez y sensación profunda de abatimiento. Suele iniciarse con el llamado dolor precordial.

Existen factores de riesgo modificables y no modificables, es importante conocerlos y para la intervención psicológica identificar los modificables.

Factores de riesgo no modificables:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares

Factores de riesgo modificables

- Hipertensión; que es una elevación de la presión arterial, determinada por 2 factores:
 - a. Gasto cardíaco, volumen de sangre expulsado por el ventrículo izquierdo por unidad de tiempo.
 - b. Resistencia al flujo sanguíneo, que ofrecen las paredes de los vasos. La clasificación más frecuente que se hace de la hipertensión es: Esencial o primaria; no tiene etiología conocida, secundaria; asociada a otras enfermedades y síntoma de éstas.

Respecto a los factores de riesgo de la hipertensión, existe la herencia que es no modificable, y un grupo más extenso de modificables, algunos constitucionales como el sobre peso, obesidad y otros ambientales como; dieta saturada de sal y grasas animales, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, anovulatorios, consumo de café, inactividad física, estrés.

- Hipercolesterolemia; El nivel de lípidos en sangre es uno de los factores de riesgo más estudiados en este campo, la concentración de colesterol que es el que ha demostrado tener mayor relación causal con la aterosclerosis, sin embargo también es conocido que existen dos fracciones distintas de colesterol, que pueden modificar la evolución de la enfermedad cardiovascular; Fracción HDL (lipoproteínas de alta densidad) y fracción LDL (Lipoproteínas de baja densidad), estas últimas son el principal constituyente de la placa de ateroma y son las que transportan la mayor parte del colesterol total circulante (Ordax, 1992). Es por esto que tiene una relación directa con la incidencia de cardiopatía isquémica. Y a pesar de que un elevado nivel de colesterol en sangre se relaciona con una dieta saturada en grasas animales, el colesterol es parcialmente modificable a través de un régimen alimenticio, ya que existen muchos otros factores que intervienen.
- Obesidad; Numerosos son los autores que la consideran un factor de riesgo independiente para este tipo de enfermedad (Diago, 1987), indirectamente contribuye a la elevación de este riesgo ya que aumenta la presión arterial y la concentración de lípidos además de relacionarse con la diabetes y el sedentarismo. Además el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad cardiovascular varía también en función de la distribución de las grasas, parece que las grasas acumuladas en el área abdominal incrementan más ese riesgo, que las acumuladas en las caderas.
- Tabaquismo; Los efectos nocivos del tabaco se deben principalmente a 2 de sus elementos; nicotina y monóxido de carbono. La nicotina causa la liberación de catecolaminas lo que va a repercutir en un aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial sistólica y diastólica provocando así un mayor consumo, de oxígeno por el miocardio. A su vez aumenta la agregabilidad plaquetaria, los triglicéridos y las lipoproteínas de muy baja densidad. Y el monóxido de carbono presenta una afinidad por la hemoglobina, 240 veces mayor que el oxígeno, provocando una mayor concentración de carboxihemoglobina que hace disminuir la oferta de oxígeno. Todo ello repercute aumentando las

lipoproteínas de alta densidad y facilitando la agregación plaquetaria y la vasoconstricción (Fornells y Borrás, 1987)

- Sedentarismo: La inactividad física provoca una disminución de la función cardio respiratoria, pudiendo suponer una protección adicional.
- Estrés: El estrés y las tensiones emocionales se relacionan con las enfermedades cardíacas. Ante un estímulo evaluado como estresante, se da 1 activación en;
 1. Sistema neuromuscular
 2. Sistema nervioso simpático-vegetativo
 3. Sistema endocrino

Este tipo de respuestas del organismo resultan adaptativas en situaciones amenazantes. Sin embargo cuando se repiten con frecuencia e intensidad pueden llegar a dañar los tejidos corporales (Fernández y Vila, 1991). Por lo que respecta al corazón, esta activación va a provocar incrementos de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y de la secreción de catecolaminas. Lo que se traduce en una mayor demanda de oxígeno por parte de miocardio, con riesgo de provocar una insuficiencia coronaria, y la traducción en posibles lesiones miocárdicas.

En cuanto a la intervención psicológica con estos trastornos, numerosos reportes (Tulpule, 1990, Sebregts, Falger, Bar, 2000, Sparagon, Friedman, Breall, Goodwin, 2001, Maeland, Havik, 1997)) confirman la efectividad de los entrenamientos en técnicas de relajación, principalmente con “frases autógenas”, “imagería”, apoyo emocional e información.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Medicina conductual

Actualmente la EPOC ocupa el cuarto lugar de mortalidad en el mundo. En México la EPOC entre los hombres se encuentra en el sexto lugar de mortalidad, mientras que para las mujeres es la quinta causa más frecuente de muerte (INEGI 2004).

Es importante mencionar que en México además de la asociación de EPOC con el consumo de tabaco, existe otro factor adicional que tiene un impacto

muy similar al tabaco y es el humo de leña. El consumo de leña en algunos estados continúa siendo muy alto.

La muestra censal sobre condiciones de vivienda y uso de leña del XII Censo General de Población del 2000 identificó a Chiapas, Oaxaca y Guerrero como estados en donde más del 50% de la población utiliza la leña para cocinar. Además prácticamente en todo el sur de México casi un 40% de la población está expuesta al humo de leña.

Si sumamos la prevalencia de consumo de tabaco en México que es del 27.7% y el promedio de consumo de leña en las viviendas que es de 17.5 %,7 la prevalencia de la EPOC en nuestro país pudiera ser aún mayor que en los países desarrollados.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública de enormes proporciones, pues su morbilidad y mortalidad están aumentando en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2020 la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y la tercera causa de mortalidad. Su impacto será mayor en los países en vías de desarrollo (Parmentier, 2003).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por obstrucción crónica de las vías aéreas que se manifiesta por disminución en el flujo respiratorio y retardo en la espiración forzada, la obstrucción al flujo de aire es irreversible y lentamente progresiva. Esta obstrucción es producida por una combinación variable de enfisema y alteraciones inespecíficas de las vías aéreas periféricas. La bronquitis crónica, acompañada de obstrucción al flujo de aire, y el asma crónica irreversible del adulto completan las enfermedades que se describen con la denominación EPOC (Barnes, 2000).

Esta es una enfermedad que afecta a la población adulta o de edad avanzada y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino. Es la causa más frecuente de consulta en las personas mayores de 60 años. La EPOC por lo común es más severa en los alcohólicos, y los pacientes con enfermedad coronaria están particularmente predispuestos al desarrollo de EPOC.

El cigarro es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de EPOC, y aumenta de acuerdo con el número de cigarrillos fumados. Igualmente, la contaminación ambiental originada por polvos y químicos inorgánicos y

orgánicos se ha relacionado con el desarrollo de esta enfermedad (Alonso & Ferrer, 1998).

La EPOC tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren. En el caso de la EPOC la obstrucción al flujo aéreo es el mecanismo primario que define la enfermedad y causa su síntoma principal: la disnea de esfuerzo y agotamiento crónico (Parmet, 2003).

Según Donker y Sierra (1993), estas son las consecuencias más sobresalientes en la EPOC:

- Disminución De la actividad física; debido a su problema, leves esfuerzos suponen fatiga para los pacientes.
- No adherencia al tratamiento (farmacológico y de rehabilitación)
- Debido a que el trastorno puede resultar incapacitante, problemas económicos.
- Reducidos contactos sociales: por miedo a sufrir episodios de disnea o fatiga.
- Insomnio
- Problemas psicológicos (ansiedad, depresión, sexualidad)

La información bibliográfica existente acerca de la intervención psicológica en este trastorno apunta principalmente al área de prevención, concientizando a pacientes y médicos de los síntomas, para en el caso de presentarse hacer un diagnóstico oportuno, y por otra parte, el abandono del tabaco, ya que, es la forma más efectiva de reducir el riesgo de desarrollar EPOC y de frenar su progresión y junto con la oxigenoterapia domiciliaria los únicos que han demostrado mejorar la supervivencia de esta enfermedad (Echave-Sustaeta, Villena Garrido, Pérez González V, 2002).

El abandono del tabaco no debe ser considerado como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por varias etapas. Las posibilidades de un fumador para abandonar el tabaco dependen de la etapa en la que se encuentre, por tanto del nivel de motivación, y del nivel de dependencia de la nicotina.

Podrían agruparse en dos, los tipos de intervención terapéutica sobre fumadores:

1) **intervención mínima**, dirigida a fumadores en fase de precontemplación o en fase de contemplación con baja dependencia a la nicotina, y se basa en el consejo por profesionales de la salud personalizado dado con firmeza y seriedad

2) **tratamiento especializado** dirigido a aquellas personas con alta dependencia de la nicotina, dispuestos a dejar de fumar en el mes siguiente y con intentos previos sin éxito en el último año. El tratamiento especializado incluye el consejo médico, utilización de guías prácticas para dejar de fumar, tratamiento farmacológico, terapia psicológica y un programa de seguimiento intensivo.

La intervención psicológica una vez que se padece EPOC como patología crónica, es en el área psico educativa ya que es fundamental que tanto el paciente como sus familiares reciban *información* adecuada sobre la enfermedad, sus factores de riesgo, los hábitos que facilitan la progresión y las medidas terapéuticas necesarias en cada momento de la enfermedad. Y debido a que la EPOC es una enfermedad que produce un impacto sustancial en las actividades habituales de la vida diaria, muchas de las cuales pueden no ser posibles dependiendo el grado de gravedad de la enfermedad. Puede ser de gran utilidad el “instruir” a los pacientes en estrategias para el manejo de los problemas de la vida diaria y estrategias de afrontamiento.

Intento de suicidio y Medicina Conductual

El suicidio en México entre los hombres ocupa el dieciochoavo lugar como causa de muerte, entre las mujeres no figura entre las 20 principales causas de muerte, pudiendo ser atribuido a que los tumores malignos han desplazado esta causa. (INEGI 2004).

Existe más información sobre muertes que sobre lesiones no fatales, consecuencia de un intento de suicidio, ya que los intentos no siempre son notificados como tal, ya sea por alguna deficiencia en el ámbito hospitalario o porque no llegan a ser atendidos por estos, mientras que el suicidio consumado

es de notificación obligatoria. Lo anterior explica el hecho de que las fuentes oficiales informen un mayor número de muertes por suicidio que de intentos, lo que difiere de las estimaciones que indican que los intentos son 70 veces más frecuentes que los suicidios consumados. (Weissman 1974)

El objetivo inicial fundamental con estos pacientes es la estabilización física, en cuanto esto ocurre, las primeras intervenciones psicológicas que se puedan hacer intra hospitalariamente requieren de escucha empática, en donde el principal objetivo será establecer confianza, para poder dar seguimiento extra hospitalariamente, pues en muchas ocasiones este tipo de pacientes padecen un trastorno de personalidad y/o afectivo que requiere de una evaluación más exhaustiva y de estrategias psicológicas terapéuticas más concretas. (Baca, 2002, Muñoz 1999, Ros 1998)

SIDA y Medicina Conductual

De acuerdo a las estimaciones hasta 2004 del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH México se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y el sitio setenta y siete a nivel mundial.

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 15% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 12.2% en trabajadores del sexo comercial y 6% en usuarios de drogas inyectables.

Solomon y Temoshock (1990) han estudiado la relación entre la infección del VIH y variables psicológicas, como; el estrés, el afrontamiento y rasgos de personalidad, estudiando las variaciones de la función inmune.

El estrés es una de las variables que ha demostrado su capacidad inmunosupresora en diversos estudios tanto en animales como en seres humanos

Estudios recientes (Byrnes et al., 1998) realizados en una muestra de mujeres seropositivas al VIH y al papilovirus han encontrado que una actitud negativa puede ser asociada a bajos rendimientos inmunológicos lo que supone una mayor actividad de este virus y un incremento del riesgo de manifestar una displasia cervical.

Por otra parte, el locus de control, atribución que hace el sujeto respecto a si el control de una situación como la enfermedad -depende de él (interno) o de los demás (externo), influye en la percepción de los acontecimientos de tal manera que sujetos con un control externo se sienten más indefensos y estresados ante situaciones susceptibles de generar respuestas de estrés que los que presentan un locus de control interno (Kelly y cols., 1990).

En un estudio longitudinal realizado en una muestra de hombres homosexuales y bisexuales seropositivos al VIH se ha observado que los sujetos que mostraban un menor apoyo social manifestaban una disminución significativa de los niveles de los linfocitos CD4 (Miller et al., 1997).

El temor al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) y el grado de conocimiento de la conductas de riesgo de infección al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) son dos variables que se han mostrado capaces de producir cambios en las conductas de riesgo de adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) de Londres y Nueva York, siendo los sujetos que manifestaban más miedo los que introducían mayores cambios en sus conductas para disminuir el riesgo de infección (DuPont, 1991).

En el caso de la infección por el VIH y del SIDA, se han propuesto diferentes estrategias de intervención psicológicas con el fin de reducir los niveles de estrés que sufren los pacientes y, por consiguiente, evitar la inmunosupresión causada por el estrés, logrando de esta manera una mejora en la calidad de vida por parte del paciente y un enlentecimiento en el desarrollo de la enfermedad (La Perriere y col., 1992).

Según Miller (1997) algunas de las reacciones psicológicas que deben atenderse son:

1. Impacto, que supone para el afectado percibir la proximidad de la muerte y la pérdida de toda esperanza ante la comunicación de un diagnóstico de seropositividad.

2. Miedo y ansiedad, la incertidumbre del pronóstico y el curso de la enfermedad, la posibilidad de quedar inválido o desfigurado, los efectos de la medicación y el tratamiento, el aislamiento, el abandono y el rechazo social o sexual, la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas o de ser infectado o reinfectado, la posible incapacidad de la pareja para afrontar el problema y su posible infección, y la posibilidad de pérdida de capacidades físicas, cognitivas, sociales y laborales.
3. Depresión por ; la posibilidad, del inevitable deterioro físico, la inexistencia de un tratamiento eficaz, el temor de que el VIH controle por completo su vida futura, los límites impuestos por la enfermedad y el posible rechazo social, laboral, emocional, sexual y sentimientos de culpa y recriminación por haberse expuesto a la situación en la que se ha infectado.
4. Ira y frustración, originada en la sensación de impotencia para vencer el virus, la necesidad de adoptar un nuevo estilo de vida lleno de límites y prohibiciones, sensación de sentirse atrapado sin posibilidad de salida e incertidumbre ante el futuro.
5. Culpabilización por, conductas “pecaminosas”, o “vergonzosas” del pasado, que han motivado a “ser castigado” con la enfermedad y la posibilidad de haber transmitido el VIH a otras personas “por ser homosexual o adicto a las drogas”.
6. Trastornos obsesivos que se traducen en, búsqueda constante de nuevos síntomas o evolución de los antiguos, en el propio cuerpo, búsqueda continua de nuevos remedios en las llamadas medicinas alternativas, adopción y cumplimiento meticuloso de nuevas dietas, pensamientos permanentes sobre el deterioro físico y la muerte, y cuidado exagerado en los hábitos de higiene con el fin de evitar nuevas infecciones.
7. Ideaciones suicidas y uso automedicado de sedantes.

García Huete (1993) sugiere las siguientes técnicas de control cognoscitivo que han resultado eficaces para manejar las reacciones antes mencionadas: alto al

pensamiento, reestructuración cognitiva, auto instrucciones y resolución de problemas.

Por su parte Bayes (1995) considera, que estos trastornos pueden abordarse en un contexto de "Counselling", en donde sus principales objetivos sean:

1. Proporcionar a las personas, unas circunstancias adecuadas para que conozcan y asimilen su condición serológica respecto al VIH.
2. Facilitarles información preventiva que los impulse a iniciar un cambio de conducta, para impedir transmitir el VIH a otras personas.
3. Ayudar a buscar, encontrar y recibir información complementaria, ayuda médica u otros servicios que precisen.
4. Proporcionar atención adecuada a las parejas sexuales o de toxicomanía de dichas personas.

Supresión ética y Medicina Conductual

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se estima que su abuso representa 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes automovilísticos, dependencia y homicidios.

La mayoría de los mexicanos que ingieren alcohol étílico prefieren bebidas fermentadas del lúpulo, como la cerveza y los destilados de la uva del tipo del brandy, pero en algunas zonas rurales aún predomina el consumo de fermentados del agave.

La intoxicación se produce cuando la cantidad de etanol ingerido es mayor que la que el hígado es capaz de metabolizar, es decir concentraciones que varían entre 100-150 mg/100 ml.

Los factores que intervienen en la velocidad e intensidad de la intoxicación son complejos, e incluyen la concentración del etanol en la bebida ingerida, las situaciones ambientales que rodean al sujeto y muy importantemente las características de personalidad del individuo.

Por sus manifestaciones sintomáticas, la intoxicación ética puede clasificarse en dos grandes entidades: La intoxicación ética aguda y la intoxicación patológica o idiosincrásica

La mayoría de las intoxicaciones etílicas agudas se presentan en 3 condiciones:

- El paciente ha ingerido grandes cantidades de alcohol
- La ingestión de etanol ha sido simultánea a la de otros depresores del SNC
- Además de la intoxicación ocurre algún proceso traumático, metabólico o infeccioso.

El tratamiento psicológico de estos pacientes se realiza una vez superada la intoxicación, ya que en este estado, regularmente se encuentran sedados como parte del tratamiento farmacológico, o su estado mental no está íntegro.

Al tomar contacto con la realidad, con técnicas psico educativas, se sugiere identifiquen la importancia del cambio y opciones para poder llevarlo a cabo.

Dolor y Medicina Conductual

La presencia de dolor es frecuente en el adulto mayor. Diferentes estudios reportan cifras de prevalencia que van desde 25 hasta 88% en sujetos mayores de 65 años, la prevalencia aumenta conforme avanza la edad; es mayor en las mujeres, y en aquellos con baja escolaridad. (Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. 1989, Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft, 2004)

Se ha encontrado una asociación importante entre dolor y algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, como son las enfermedades articulares, la cardiopatía isquémica, el cáncer, las neuropatías, y las fracturas. También se ha encontrado que el dolor se asocia con la presencia de otras condiciones frecuentes durante el envejecimiento, como son el deterioro cognoscitivo, los trastornos del sueño, la disminución en la funcionalidad, la baja socialización, la depresión y el "deseo de muerte". (Herr KA, Garand L. 2001)

En México, como en el resto del mundo, se está presentando el fenómeno del envejecimiento poblacional. En el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). El crecimiento de la población de adultos mayores traerá consigo un aumento en la prevalencia de las condiciones clínicas comunes en la tercera edad, siendo una de ellas, la presencia de dolor.

Con base en el estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México en su versión del año 2001 (ENASEM 2001), Barragán-Berlanga, Mejía-Arango, Gutiérrez-Robledo, reportaron una prevalencia de dolor de 41.5%, más frecuente en mujeres (48.3% vs. 33.6%), mayor presencia de dolor a mayor edad, y menor a mayor escolaridad. El dolor se asoció directamente con el reporte de artritis, enfermedad pulmonar, caídas, hipertensión, depresión, enfermedad vascular cerebral (EVC) e historia de cáncer, así como con alteración en la funcionalidad.

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), como una experiencia sensorial displacentera, y tanto el dolor agudo como el crónico son resultado de una combinación de factores físicos y cognitivos-afectivos.

Las dos clasificaciones básicas para comprender el dolor son;

1. Agudo; que es de corta duración, proporcional a la intensidad del estímulo nociceptivo y que tiende a desaparecer cuando se cura la lesión a la que se ve asociado
2. Crónico; que es un dolor continuo, recurrente, asociado o no a un proceso de enfermedad, que se mantiene al menos durante seis meses, o una vez curada la enfermedad o la lesión. Uno de los problemas más importantes de este tipo de dolor es el impacto que tiene sobre la vida de quién lo padece, asociado a horas de trabajo pérdidas, excesivo consumo de medicamentos, deterioro en las funciones básicas.

Sin embargo, en la práctica clínica, para tratarlo con mayor especificidad resultan de gran utilidad otras clasificaciones, como la considerada de acuerdo a los síntomas (Bonica, 1990):

1. Dolor somático: Estrictamente, es el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones,
2. Dolor visceral: en este tipo de dolor, los receptores activados por el estímulo están en una víscera. Frecuentemente es menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación.
3. Dolor neuropático: resultante de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia).
4. Dolor mixto: la combinación de al menos dos de los antes descritos.

Desde este contexto, la medicina conductual cuenta con mayor experiencia y menos cuestionamiento en la intervención con el dolor crónico, pues en el desarrollo actual del estudio del dolor no se cuestiona la participación de las variables psicológicas y sociales.

Resulta evidente que la experiencia de dolor no puede reducirse a mecanismos biofísicos y/o bioquímicos, ya que al ser una experiencia subjetiva esta condicionada, además por factores psicológicos y socioculturales.

Las repercusiones psicosociales del dolor (aislamiento social, depresiones reactivas, absentismo laboral, alteraciones en la dinámica familiar), exigen la consideración de este tipo de variables en el estudio de los procesos álgicos.

Este papel puede expresarse en tres niveles diferentes:

1. Nivel etiopatogénico: Las variables psicosociales pueden desempeñar un papel primordial en la etiología del dolor (p.ej. dolores psicógenos derivados de determinadas psicopatologías o de trastornos de conversión.)
2. Nivel de mantenimiento: Procesos como la ansiedad, la depresión o el propio estrés pueden mantener o incluso aumentar la sensación de dolor.
3. Nivel de atenuación: Al igual que las variables psicológicas pueden contribuir a aumentar el dolor , también pueden aliviarlo (técnicas de relajación o intervenciones cognitivo-conductuales)

El dolor debe ser, abordado desde un enfoque multidimensional, contemplando tres dimensiones básicas: dimensión sensorial-discriminativa que hace referencia a la transmisión de estimulación nociva (térmica, mecánica...) que activa los nociceptores y que explica la intensidad del dolor y su localización, la dimensión afectivo-motivacional que se refiere a la caracterización que la persona hace del dolor como desagradable o nocivo y se encuentra asociado con estados de ansiedad en el sujeto y con respuestas de escape y/o evitación, y finalmente la dimensión cognitivo-evaluativa que se refiere al papel que las variables como atención, las creencias y los pensamientos tienen sobre el dolor y que pueden afectar a las anteriores dimensiones.

Respecto a las teorías explicativas del dolor, es importante destacar, la inadecuación del modelo médico tradicional que entiende que el dolor se encuentra relacionado con la cantidad de daño tisular, que aunque útil para el dolor agudo, resulta poco útil para la explicación del dolor crónico. Especial interés ha recibido la Teoría de la puerta (Melzack y Wall, 1965) que entiende que el dolor es un fenómeno complejo, donde además del daño tisular, intervienen otros aspectos motivacionales y de reforzamiento, o los factores atencionales del sujeto. Desde esta teoría se concede especial importancia a los factores psicológicos (ansiedad, expectativas, procesos atencionales), en la

percepción del dolor se pueden explicar los círculos viciosos (dolor-ansiedad-incremento del dolor).

Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de su enfoque multidimensional, esta teoría, no ha tenido, hasta el momento actual, excesiva influencia sobre el ámbito médico y público, pues en muchas ocasiones se sigue considerando al dolor como una sintomatología de una patología o disfunción, por lo que su tratamiento queda destinado de manera exclusiva al abordaje médico. Lo cual no ha interrumpido diversos estudios en el análisis de variables psicosociales, que afectan la experiencia dolorosa.

Skevington (1995), propone las siguientes categorías de variables, y que permiten una aproximación funcional para el manejo psicológico del dolor.

Nivel 1: Variables individuales

Nivel 2: Variables interpersonales

Nivel 3: Variables grupales e intergrupales

Nivel 4: Variables contextuales

VARIABLES INDIVIDUALES

Hacen referencia a las formas particulares de pensar, sentir y actuar, que cada persona con dolor tiene especialmente en lo referido al propio dolor, variables relacionadas con la dimensión sensorial-discriminativa, relacionadas fundamentalmente con la idiosincrasia propia de los niveles sensoriales del umbral nociceptivo. Igualmente, el papel de la percepción en la sensación corporal desagradable y la severidad del dolor. La variabilidad individual en el umbral de dolor y la tolerancia perceptiva al mismo hacen que unas personas descubran más fácilmente que otras su sensación álgida. Por otro lado las variaciones en la respuesta analgésica también están relacionadas con el

proceso perceptivo. Aunque a través de una medida analgésica se produzca alivio objetivo del dolor (p.ej. disminuyendo el componente inflamatorio) el paciente no referirá una mejoría del mismo hasta que no perciba dicho alivio.

En cuanto a las variables relacionadas con la dimensión afectivo-motivacional, se encuentran; la ansiedad, depresión y la ira, así como otros sentimientos como el de indefensión, miedo y/o culpa.

En esta dimensión es importante diferenciar entre los aspectos emocionales y motivacionales.

En cuanto a las variables emocionales, aunque su interacción con el dolor es compleja, se estudian la mayoría de las veces desde dos tipos de efectos: causal y de consecuencias.

A nivel causal, el afecto puede actuar como factor de riesgo del dolor, si existen rasgos de personalidad y/o experiencias traumáticas previas; así la ansiedad puede desencadenar el dolor, como también puede hacerlo la tensión generada por la ira. A nivel de consecuencias, frecuentemente se encuentran alteraciones emocionales provocadas por el propio dolor, en las conductas operantes de dolor. Las variables emocionales pueden exacerbar y perpetuar el dolor. Dentro de estas variables; la ansiedad y la depresión juegan un papel muy importante.

En cuanto a las variables motivacionales se encuentran; las expectativas, los procesos atencionales y las motivaciones que una persona tiene sobre un determinado objeto o acción determinan en gran medida su comportamiento, frente a dicho objeto. En cuanto al dolor, las expectativas que el paciente tiene sobre el mismo, su evolución y tratamiento, o las motivaciones personales para mantener o no una medicación, o realizar una acción determinada sobre ese dolor (p.ej. hacer ejercicio) pueden hacer que el paciente modifique su respuesta álgida o analgésica.

Finalmente, respecto a la dimensión cognitivo-evaluativa, se ha estudiado el papel que determinados aspectos cognitivos como las creencias, los pensamientos automáticos o las atribuciones tienen en la experiencia del dolor.

Por ejemplo, las creencias que el paciente tiene acerca del dolor pueden provocar estilos de afrontamiento inadecuados, sentimientos de desesperación, exacerbación del dolor, incremento del sufrimiento y mayor discapacidad (Turk y Monarch, 2002). Entre estas creencias se encuentran todas las relacionadas con las características del dolor que se padece, como la gravedad o la persistencia del mismo. Igualmente, el hecho de que se asocie la realización de actividad con el incremento del dolor, provoca en el paciente estrategias de afrontamiento basadas en la pasividad.

Variables interpersonales, grupales y contextuales

La relación que el paciente con dolor mantiene con otros significativos como; familia, amigos y personas cercanas, compañeros de trabajo e incluso los propios profesionales de la salud, ejerce influencia en la propia experiencia dolorosa. Fordyce (1976) señala tres formas en que la conducta de dolor puede pasar de depender de los estímulos nociceptivos a depender de las contingencias ambientales:

1. Reforzando positivamente las conductas de dolor: más nivel de atención por parte del entorno, mas cuidados, bajas laborales..
2. Reforzando negativamente las conductas de dolor: el paciente evita situaciones y eventos desagradables (p.ej. evitar responsabilidades)
3. Dejando de reforzar la conducta funcional del paciente (no permitiéndole realizar las actividades de la vida diaria que antes realizaba).

El apoyo social que el paciente percibe tener, mas que el que realmente tiene, en sus diferentes dimensiones (emocional, instrumental, informativo, lúdico, o financiero) aporta a las personas una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también pueden influir sobre el dolor y su control.

Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen en términos generales

a mejorar los niveles de dolor y a disminuir la importancia de sus consecuencias.

Por otro lado, conviene no olvidar que, las propias variables personales, las creencias que el paciente tiene, su lugar de control, su estilo atributivo o sus propios sesgos cognitivos se encuentran fuertemente influidos por la interacción con otras personas significativas de su entorno, y en este sentido, las variables individuales dependen en cierta o en gran medida de las variables interpersonales, como reflejo de la propia experiencia de aprendizaje.

Finalmente, y en otro nivel de análisis superior, tal y como es propuesto por Skevington (1995), se encontrarían los procesos grupales e intergrupales y las variables contextuales. En este contexto, haríamos referencia, por ejemplo, a las representaciones sociales del dolor (imágenes y creencias que los grupos elaboran sobre el dolor), a la presión social o la comparación social. Las variables contextuales hacen referencia al conjunto de factores que trascienden los niveles grupales e intergrupales para situarse en una situación superior que afecta a todos los individuos en tanto en cuanto son miembros de una determinada sociedad y cultura. Aunque estas variables no afectarían a los mecanismos psicofisiológicos del dolor, contribuirían sin embargo a otorgar un significado diferente a la experiencia de dolor entendida como una experiencia vital que afecta y se ve afectada por múltiples ámbitos de la vida.

Otros de los factores que habría que considerar en este nivel harían referencia al envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de patologías dolorosas, al ritmo de vida de nuestra sociedad occidental desarrollada, al incremento de determinados estímulos ambientales (p.ej. estrés, contaminación, ruido), y a sus influencias sobre la salud y calidad de vida.

Intervención Psicológica en dolor

La intervención psicológica en el manejo del dolor crónico consiste en contribuir en la toma de decisiones sobre la adecuación del paciente al programa de tratamiento, y a identificar áreas relevantes, susceptibles de ser incluidas en la intervención. También en diseñar y aplicar programas de tratamiento específicos a las necesidades detectadas y en relación con los

factores psicosociales implicados. Por otra parte, el psicólogo fomenta la idea de responsabilidad del paciente en su recuperación, y contribuye, junto al resto de miembros del equipo, a que los pacientes interpreten la situación que esta viviendo como manejable. Así mismo, se encarga de intervenir sobre los efectos de los otros significados en el problema del dolor, así como los del dolor sobre ellos. Se contribuye a modificar hábitos nocivos, tratar problemas en las relaciones personales y sexuales, en el insomnio, en el aprendizaje de nuevas habilidades y en estrategias de resolución de problemas.

Las estrategias psicológicas más utilizadas son (Miro, 2003):

1. Entrenamiento en relajación: A la relajación se le atribuye la capacidad de reducir la tensión muscular, que en algunos casos es responsable de algunos problemas de dolor. Algunos autores señalan (Philips, 1991, Sarafino, 1990) que la concentración en la tarea de la relajación es beneficiosa para los pacientes, ya que si su atención esta focalizada en el proceso de relajación no lo puede estar en la experiencia de dolor. Por otra parte el uso de la relajación se suele recomendar porque puede proporcionar un cierto sentido de control sobre el funcionamiento fisiológico. Así el entrenamiento en relajación puede incrementar la percepción de competencia y de dominio personal del paciente, facilitando su motivación para el cambio y la adherencia al tratamiento propuesto. Finalmente, la relajación puede ayudar a resolver ciertas alteraciones de sueño. Las estrategias más utilizadas para conseguir la relajación son: *la relajación muscular progresiva*, en donde se pretende que el paciente aprenda a discriminar aquellos músculos que estén en tensión, para después poder reducirla. Mediante la ejercitación repetida de la tensión y la distensión de los distintos grupos musculares. Y *el entrenamiento autógeno*, que es un tipo de concentración pasiva que mediante sugerencias auto inducidas permite al sujeto alcanzar un estado de desconexión general orgánica.
2. Biofeedback, que consiste en dotar al paciente de información acerca de determinadas respuestas psicofisiológicas por medio de instrumentos,

monitores eléctricos, capaces de medir, amplificar y traducir aquellas respuestas, en forma de señales visuales y/o auditivas fáciles de interpretar. Se espera que mediante el feedback que los aparatos suministran, el paciente sea capaz de aprender a controlar sus respuestas fisiológicas. El aprendizaje, o el control sobre las diferentes funciones se realiza de acuerdo con los principios del condicionamiento operante: el sujeto recibe refuerzos positivos contingentemente a la consecución del objetivo propuesto. Mediante ensayo y error, el sujeto aprende gradualmente a modificar la respuesta psicofisiológica, en la dirección deseada.

3. Técnicas cognitivas, principalmente dando información específica, re conceptualizar el problema y entrenar en el uso de diferentes técnicas de afrontamiento. “La técnica de reestructuración cognitiva”, tratando de modificar o eliminar los pensamientos irracionales que el paciente haya podido elaborar acerca de las causas originarias del dolor, buscando reconceptualizar el problema, transformando un acontecimiento incontrolable, insoportable e inevitable, en un problema que es evitable, controlable y que se puede soportar.

Cuidados Paliativos y Medicina Conductual

En las últimas décadas del siglo XX, surge en Inglaterra la Medicina Paliativa, en respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. El resto de Europa y Norteamérica se sumaron progresivamente al Movimiento Paliativista, y hacia el final de la década de los 80's la comunidad médica internacional reconoció que la Medicina Paliativa se había convertido, en una nueva especialidad, que viene a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen, a partir de que se establece el diagnóstico de terminalidad. En Inglaterra (1987) la Medicina Paliativa fue reconocida como una especialidad médica. Esta nueva especialidad médica incuestionablemente surgió y creció a partir del modelo británico conocido como "hospice".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto su propia definición: "Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales, es primordial. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias"; además, la OMS agrega que . . ."la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural . . . no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes. . . integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo"

A nivel mundial, ésta es una materia de estudio reciente, sin embargo, muchos países (predominantemente los europeos) en pocos años han logrado un importante progreso (Stjernswärd J. 1993); sin embargo, la comunidad médica en México (Lara, A. 2003) tiene un desconocimiento casi absoluto de la Medicina Paliativa. No existen recursos para la formación del personal adecuado, hay poca infraestructura para la atención de los enfermos que no tienen posibilidades de curación y morirán a corto plazo. También es cierto, que ésta área médica no figura dentro de las prioridades de salud, en contraste, las enfermedades oncológicas representan una de las primeras causas de mortalidad.

Los cuidados paliativos consisten en la atención integral, individualizada y continuada de las personas enfermas en situación terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador de la terapéutica y con objetivos de bienestar. Los instrumentos terapéuticos son el control de síntomas (asociados a medidas farmacológicas y generales), la atención psicológica al enfermo y la atención específica a la familia. El abordaje de este paciente lo debe llevar a cabo un equipo interdisciplinar constituido por; médico, enfermería, trabajador social, psicólogo, guía espiritual, y en algunos lugares incluyen otros profesionales como; fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, dietistas.

El enfermo en fase terminal se encuentra en una fase de la enfermedad evolutiva, incurable, con presencia de síntomas o problemas fisiológicos, sociales y emocionales, y pronóstico de vida limitado. Supervivencia media de tres meses (+/-3) (Gomez-Batiste, Borrás Fontanal, Stjernsward y Trías, 1995)

El paciente paliativo es:

- Un enfermo en situación de últimos días y en los que el objetivo del tratamiento es fundamentalmente de bienestar y atención a la agonía.
- Con supervivencia esperable más larga, en los que el motivo del ingreso hospitalario es por problemas intercurrentes, (fisiológicos, emocionales, sociales) y que una vez resueltos pueden regresar a domicilio, y morir ahí.
- Con las características anteriores, pero que van a morir en el hospital.

Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos

La teoría existente basada en la experiencia acerca de la intervención psicológica en cuidados paliativos (Bayes, Barreto, Comas, Limonero, 1995, Die 2000, Limonero y Bayes, 1995, Mateo, Comas y Schroeder, 1995), indican la importancia de llevar a cabo una evaluación psicológica como primer paso, manteniendo un estrecho contacto con todo el equipo de la unidad de cuidados paliativos responsable del paciente (médico, enfermería, trabajador social..), aprovechando los pases de visita, o los espacios habituales de encuentro. Este intercambio interdisciplinar permite obtener información y datos necesarios del paciente y la familia, desde perspectivas profesionales diferentes, además de que será un primer contacto para obtener las demandas de cualquier miembro del equipo, y poder llevar a cabo la exploración psicológica específica del paciente.

En cada unidad de cuidados paliativos debe haber una batería de instrumentos que les permitan explorar aspectos como; Progresión de la enfermedad, efectos de la enfermedad sobre la autonomía funcional, efectos de la enfermedad sobre la apariencia personal, así como presencia de síntomas

estresantes; dolor, vómito, náusea, anorexia, estreñimiento, diarrea, ansiedad, depresión. Estas evaluaciones, contribuyen a identificar que paciente requiere una intervención psicológica con mayor especificidad.

Los expertos (Bayes, Barreto, Comas, Limonero, 1995, Die 2000, Limonero y Bayes, 1995) remarcan la importancia de la entrevista semi estructurada, en donde más que una interrogación es un diálogo abierto con el paciente, durante el cual se le ofrece la posibilidad de exponer libre y espontáneamente todo cuanto quiera en un marco de comprensión empática, valorando a la vez su comportamiento no verbal.

La valoración se completa realizando una revisión detallada de toda la información recabada, poniendo especial interés en el estado mental del paciente, ya que este, muchas veces se puede ver alterado como efecto secundario de algún medicamento, o por la presencia de algún tumor o metástasis que puedan comprometer el sistema nervioso, y estar influyendo en el estado anímico del paciente.

Un aspecto más a tener en cuenta es la consideración del proceso de adaptación que el paciente vaya desarrollando, a partir de la concienciación más o menos explícita de la muerte a corto plazo de los problemas que vayan sucediendo.

La evaluación e intervención psicológica se lleva a cabo de manera paralela, ya que otro factor a considerar es la escasez de tiempo real que se puede tener con cada paciente.

Mantener entrevistas con familiares, (principalmente cuidador primario) contribuye al proceso terapéutico, en donde es importante identificar;

1. Si hay o no cuidador principal claro. Si el cuidador principal muestra predisposición hacia el cuidado del enfermo.
2. Si la respuesta emocional alterada es de dominio depresivo (llanto, aflicción, decaimiento) o ansioso (no contención, irritabilidad, inquietud)

3. La existencia o no de pérdidas recientes (muertes, cambios importantes), así como la existencia de trastornos emocionales previos o actuales, necesidades de tratamiento.
4. Si dispone de red de soporte afectivo. Y si hay temas pendientes para resolver (cumplimiento de voluntades, temas prácticos, etc.).

Diversos autores (Schroeder y Comas, 2000, Cabodevilla 2000, Cancio López, 2000, Kubler-Ross 1969) coinciden en que el abordaje terapéutico en el enfermo terminal tiene varios grados de complejidad, dependiendo de la gravedad del malestar emocional en general se suele trabajar desde una aproximación psicológica de arropamiento emocional hasta la intervención psicológica específica, en donde es importante tener en cuenta:

- la eficacia a corto plazo
- técnicas psicológicas que requieran poco aprendizaje por parte del paciente
- predominio de actuaciones en el ámbito cognitivo que no supongan mucha actividad y sean fáciles de aplicar
- adecuación a estilos y niveles culturales diferentes
- intervenciones facilitadoras de las relaciones que pueda establecer el paciente con su entorno.

Finalmente, los objetivos básicos de la intervención psicoterapéutica son: establecer una alianza terapéutica para protegerlo del aislamiento, potenciar en el paciente su conciencia de auto-valía personal; corregir ideas confusas sobre el pasado y el presente, explorar temas de separación, pérdidas y miedos; e integrar la situación presente dentro del continuum de experiencias de la vida. (Arranz y Martínez 2000).

Tomando en cuenta este marco teórico se llevo a cabo una intervención psicológica, en las siguientes vertientes: Evaluación Psicológica, Terapia de apoyo para el paciente, Terapia de apoyo para familiares, Intervención en crisis, en pacientes con dolor crónico, y paliativos, que estuvieran hospitalizados, que acudieran a consulta externa, o que se les realizara visita domiciliaria.

ROTACIÓN DEL PRIMER AÑO

(marzo, 2003 - febrero, 2004)

HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN: DR SALVADOR GONZALEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”

Características de la Sede:

El Hospital General de Atizapán es una institución inaugurada el 27 de abril de 1987, teniendo por objetivo, poder llegar a 800 mil habitantes de poblaciones desprotegidas de los municipios de Atizapán, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Timilpan, Julotepec, Sonaniquilpan, Polalatlán y Villa del Carbón.

Ubicación de la Sede:

El hospital se ubica entre la avenida Montesol y la avenida Adolfo López Mateos s/n, en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México.

Nivel de Atención:

Este hospital, pertenece a la Secretaría de Salud, brinda servicio de segundo nivel.

Servicios de la Sede:

Este hospital ofrece los siguientes servicios:

1. Hospitalización, dividido en las siguientes áreas;
 - a. Cirugía general
 - b. Pediatría
 - c. Neonatología
 - d. Ginecología y Obstetricia
 - e. Medicina interna
2. Urgencias
3. Quirófano
4. Labor y expulsión
5. Recuperación

6. Terapia Intensiva
7. Central de equipos y esterilización (CEYE)
8. Consulta externa, dividido en las siguientes consultas:
 - a. Cirugía General
 - b. Pediatría
 - c. Medicina Interna
 - d. Cirugía Maxilo facial
 - e. Odontología
 - f. Planificación familiar
 - g. Gineco obstetricia
 - h. Oftalmología
 - i. Control del niño sano
 - j. Clínica del adolescente
 - k. Otorrinolaringología
 - l. Urología
 - m. Psiquiatría
 - n. Psicología

9. Medicina Preventiva
10. Trabajo Social
11. Dietología
12. Servicios clínicos y de diagnóstico (laboratorio clínico, radiología, ultrasonido, banco de sangre)
13. Servicios administrativos (informes, archivo clínico, sistemas)
14. Servicios generales (lavandería, almacén general mantenimiento)

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede:

Los residentes de Medicina Conductual dependen directamente del servicio de Medicina Interna, se atiende a todos los pacientes que llegan a este servicio en el área de hospitalización, se atienden inter consultas de cualquier otro servicio del hospital y se atiende consulta externa 2 veces por semana.

Servicio al que se encontró adscrito:

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

La división de medicina interna comprende la clínica del adolescente, clínica del paciente con VIH, y los servicios de; diálisis peritoneal,

El área de consulta externa cuenta con 3 consultorios, aproximadamente se atienden 170 pacientes a la semana.

El área de hospitalización tiene 34 camas.

Recursos Humanos:

Médicos: 1 jefe de división, 2 jefes de servicio, y 15 adscritos.

Enfermeras: 22 enfermeras, 20 en hospitalización y 2 en consulta externa.

Residentes: 3 médicos, 4 psicólogas residentes de Medicina Conductual

Estudiantes: 12 estudiantes de la carrera de medicina, 6 médicos internos.

Líneas de Autoridad:

El residente de medicina conductual, sigue dos líneas de autoridad, una del hospital y otra de la UNAM, las cuales deben estar en comunicación directa.

En el hospital, existe un supervisor in situ, que es un psicólogo adscrito al hospital quien es el jefe inmediato, sin embargo el jefe del servicio, también representa autoridad para el residente.

Respecto a la UNAM, el coordinador de la residencia, el tutor académico y el supervisor académico apoyan las actividades del residente.

Supervisor in situ:

Psicóloga María Arely Fernández, psicóloga adscrita del Hospital general de Atizapán.

Actividades desarrolladas

Las actividades profesionales desarrolladas tuvieron como base lo establecido en el programa operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México para esta sede:

- a) Desarrollar programas de intervención individuales o grupales con los siguientes problemas:
 - a. Diabetes mellitas tipo 2
 - b. Candidatos a amputaciones o cirugía ortopédica (prótesis)
 - c. Insuficiencia renal crónica
 - d. Pacientes quirúrgicos, para disminuir dolor y estrés
 - e. Adolescentes como población de alto riesgo
 - f. Niños que sufren de maltrato

- b) Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.

- c) Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo e vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas

- d) Favorecer en los pacientes diabéticos la adherencia terapéutica médica

- e) Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés manejo de depresión y habilidades de afrontamiento

Programas de intervención específicos desarrollados

La rotación en este servicio duro 1 año, se trabajo con pacientes hospitalizados que padecían diversas patologías, tales como;

- Diabetes mellitus
- Insuficiencia Renal Crónica
- Intentos de suicidio
- Ascitis, cirrosis y supresión etílica
- Cardiopatía isquémica

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- VIH Sida

Durante la hospitalización se evaluaba, y si se consideraba oportuno se intervenía durante el tiempo de hospitalización, una vez egresado el paciente y dependiendo de cada caso se decidía quien requería continuar con apoyo psicológico y se les daba seguimiento en la consulta externa.

Intervenciones psicológicas a pacientes hospitalizados en la Unidad de Medicina Interna

En el área de hospitalización se llevo a cabo, intervención en crisis y terapia de apoyo, tomando en cuenta las estrategias empleadas por otros experto que antes han sido mencionadas.

En la siguiente tabla se describen las intervenciones que se llevaron a cabo durante la estancia de la autora como residente, es importante mencionar que en el servicio estaban 3 psicólogas más de la Residencia, y el trabajo era repartido entre las 4.

Padecimiento	No. de pacientes	Promedio de sesiones de seguimiento	Promedio de sesiones de intervención en crisis
Diabetes mellitus	84	8	1
Insuficiencia Renal C	25	12	1-2
Intentos de suicidio	18	5	1-2
Ascitis, cirrosis y supresión etílica	53	4	1-2
Cardiopatía isquémica	65	6	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	41	6	1
VIH Sida	17	5	1

Total de pacientes: 305

Total de sesiones de intervención en crisis: 336

Total de sesiones de seguimiento: 1623

Figura 1. Distribución de padecimientos en el total de pacientes hospitalizados.

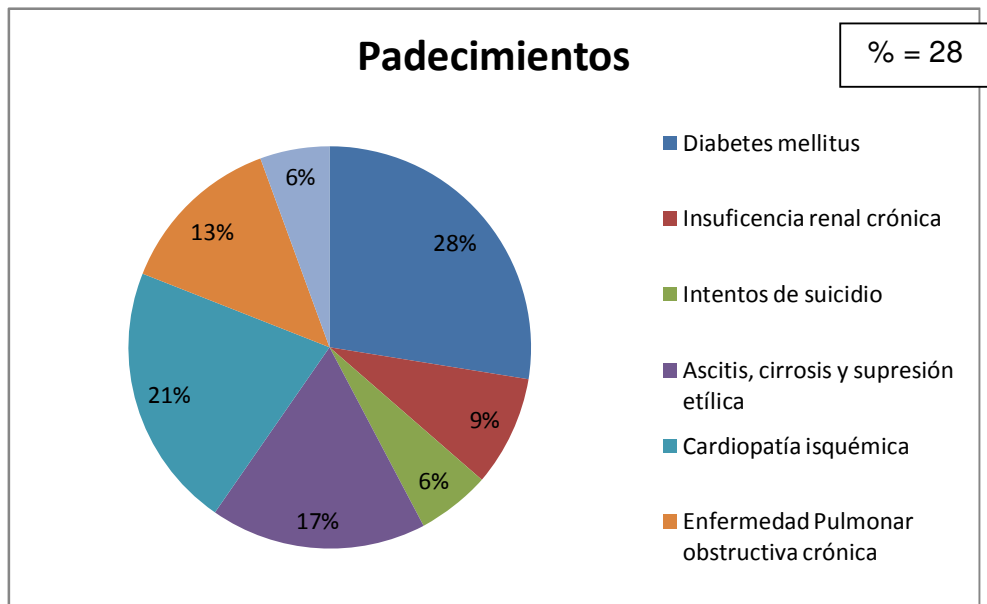
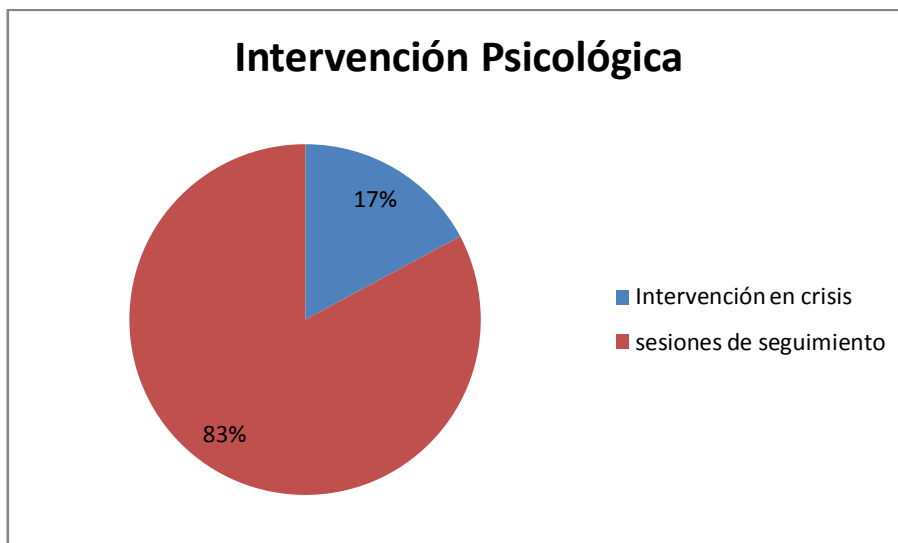


Figura 2: Distribución de tipo de intervención psicológica en pacientes hospitalizados



Debido a que el padecimiento que más frecuentemente se presentó fue la Diabetes, y que la gran mayoría de pacientes tenían un nivel socio-educativo bajo, muchos de ellos analfabetas, se elaboró un cuadernillo psico educativo (ver anexo 1) sólo con imágenes, donde se abordaban los siguientes puntos:

- ¿Qué es la diabetes?
- Tipos de diabetes
- Causas
- Prevención de complicaciones
- Alimentación y dieta
- Importancia de la actividad física
- Los medicamentos
- La Higiene
- ¿Qué pasa con las emociones?, ¿Cómo podemos manejarlas?
- Las relaciones interpersonales

Intervenciones Psicológicas a pacientes hospitalizados por ínter consulta.

Debido a que nos encontrábamos adscritas al servicio de medicina interna, el resto de servicios del hospital que requiriera de alguna intervención psicológica, solicitaba a la Psicóloga responsable una Inter consulta, siendo esta, la que asignaba el caso a una de las 4 residentes de medicina conductual.

En la siguiente tabla 7 se describen las intervenciones que realice personalmente.

Servicio Inter.-consultante	No. de pacientes	Promedio de sesiones de seguimiento	Promedio de sesiones de intervención en crisis
Cirugía	12	6	1-2
Pediatría	7	8	1-2
Ginecología	4	5	1
Unidad de Cuidados Intensivos	5	5	1-3
Urgencias	26	6	1-3
Medicina Preventiva	5	2	1-3
Psiquiatría	8	7	-

Total de pacientes: 67

Total de sesiones de intervención en crisis: 145

Total de sesiones de seguimiento: 402

Figura 3 Distribución de pacientes que recibieron intervención psicológica por inter consulta

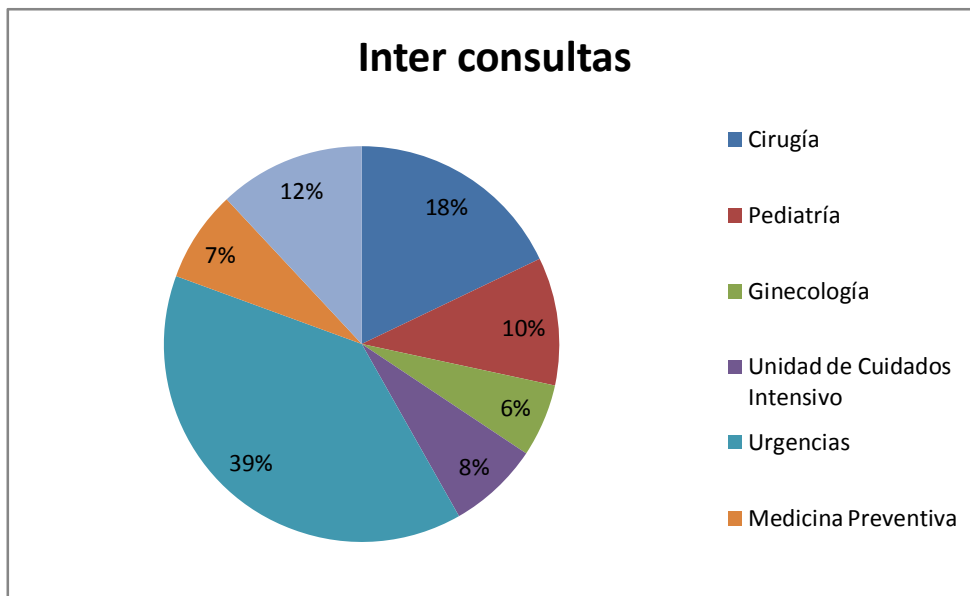
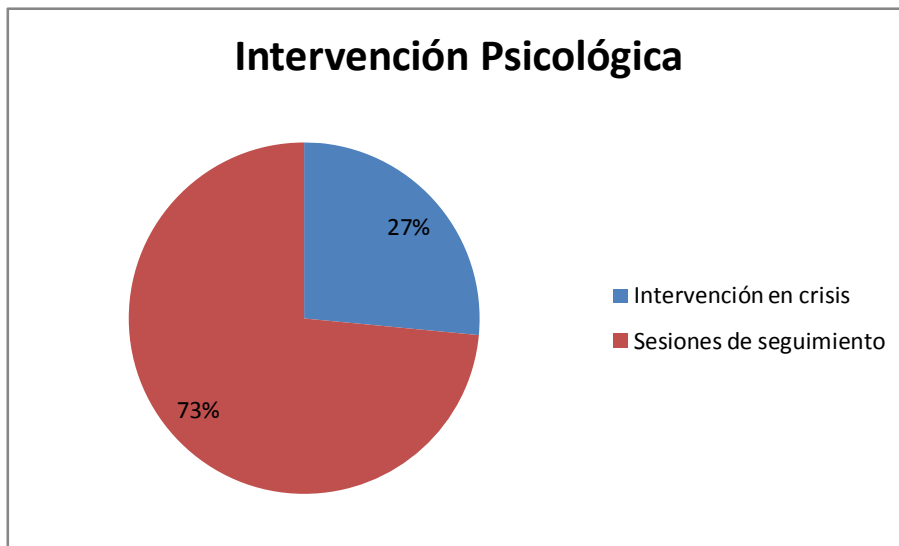


Figura 4 Distribución de tipo de intervención psicológica en pacientes hospitalizados en servicios que solicitaron inter consulta



Intervenciones Psicológicas en consulta externa

Los martes y jueves, teníamos asignado un cubiculo para consulta externa, de 8 de la mañana a 12 del día, en donde podíamos dar seguimiento a pacientes que habían estado hospitalizados y que requerían y estaban dispuestos a continuar con el apoyo psicológico.

Por otra parte, también se programaban pacientes de primera vez;

- que eran referidos por algún médico de cabecera que los atendía en consulta externa, y que consideraba requerían intervención psicológica.
- El paciente buscaba apoyo psicológico y solicitaba consulta. (estos eran la minoría de los casos)-

Los pacientes de primera vez eran repartidos entre las 4.

La adherencia terapéutica fue muy baja, pudiendo deberse en parte, a que las citas de seguimiento se daban mínimo después de 1 mes, ya que el consultorio solo se podía utilizar 8 horas a la semana, y este tiempo dividido entre 4 residentes y la psicóloga adscrita.

En la siguiente tabla se describen las intervenciones que realice personalmente

Pacientes atendidos por 1ª vez	Pacientes de seguimiento después de hospitalización	Pacientes que solo acudieron 1 o 2 citas	Promedio de Sesiones de terapia de apoyo
21	42	39	6

Total de pacientes atendidos: 63

Actividades Académicas dentro de la sede

Todos los viernes de 9:00 a 10:00 de la mañana acudí a sesiones generales del hospital, en donde se trataban temas, preferentemente, médicos, con expositores expertos invitados. En estas sesiones, las residentes de Medicina Conductual, participamos una vez, con el tema:

“Desgaste profesional en el equipo de salud”.

Participo como ponente del programa de Enseñanza continua en los servicios, con el tema “Asertividad”, dirigido a las enfermeras del hospital.

La supervisión in situ, era regularmente una vez por semana, en donde se reportaba el trabajo realizado, junto con las otras 3 residentes.

La supervisión por parte de la universidad se daba aproximadamente 1 vez cada 3 semanas, en donde recibí retroalimentación sobre las intervenciones realizadas, así como recomendaciones bibliográficas, para manejar las dudas de los padecimientos físicos.

Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas (Participación en proyectos específicos de la Psicóloga adscrita)

La Psicóloga del hospital, participaba en la clínica de tabaquismo, y tenía a su cargo un grupo de apoyo psicológico para pacientes con VIH-SIDA, programas en donde las residentes no participábamos. Sin embargo en ambos proyectos, fui invitada a participar.

En la clínica de tabaquismo, que se encontraba en una subsección del hospital participe 4 veces, en 2 sesiones participe como observadora y las 2 siguientes como co terapeuta en intervenciones de grupo.

En el grupo de apoyo psicológico para pacientes con VIH, participe en 2 diferentes actividades recreativas que tenían la finalidad de cohesionar el grupo, y en 3 sesiones de grupo, 1 como observadora y 2 como co terapeuta.

Asistencia a eventos académicos

Durante este año participe como asistente en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena-Colombia

Competencias profesionales alcanzadas en este primer año de Residencia.

Habilidades de comunicación que me permitieron interactuar con los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, dietistas, administrativos), y por un lado aprender su rol en el equipo y por otro, transmitir los objetivos de la Medicina Conductual.

Aprender acerca de cada uno de los padecimientos médicos que son atendidos en una unidad de Medicina Interna.

Habilidades de intervención en crisis, en el contexto hospitalario.

Diseño y aplicación de estrategias de psico educación

Diseño y aplicación de estrategias de solución de problemas

Manejo de expediente clínico

Elaboración de notas clínicas hospitalarias

Habilidades en terapia de apoyo

ROTACIÓN DEL SEGUNDO AÑO (marzo de 2004 a febrero de 2005)

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN INCMNSZ

Características de la Sede:

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán que se utilizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dio el nombre actual. Su fundador y primer Director fue el Dr. Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980.

Ubicación de la Sede:

El hospital se ubica en Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan C.P.14000, México D.F.

Nivel de Atención:

Este hospital, pertenece a la Secretaría de Salud, es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud. Brinda servicio de tercer nivel, en donde se realizan tratamientos especializados.

Servicios de la Sede:

Este hospital se divide en 2 grandes departamentos; Médico y de Investigación y Nutrición, y cada uno de ellos ofrece los siguientes servicios:

Departamentos Médicos y de Investigación

1. Anestesiología
2. Clínica del dolor
3. Banco de Sangre
4. Biología de la Reproducción
5. Bioquímica
6. Cardiología

7. Cirugía Experimental
8. Clínica de Valoración Geriátrica
9. Dermatología
10. Endocrinología y Metabolismo
11. Endoscopía
12. Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención Médica
13. Gastroenterología
14. Genética
15. Hemato oncología
16. Histocompatibilidad y Trasplantes
17. Infectología
18. Inmunología y Reumatología
19. Investigación Experimental y Bioterio
20. Laboratorio Central
21. Medicina Psicológica
22. Medicina Nuclear
23. Nutrición Clínica
24. Nefrología y Metabolismo Mineral
25. Patología y Anatomía Patológica
26. Química Clínica
27. Radiología
28. Terapia Intensiva
29. Unidad de Biología Molecular y Medicina Genómica
30. Urgencias
31. Urología

Departamento de Nutrición

Ciencia y Tecnología de Alimentos

Fisiología de la Nutrición

Nutrición Animal

Estudios Experimentales Rurales

Nutrición Aplicada y Educación Nutricional

Vigilancia Epidemiológica

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede:

Los residentes de Medicina Conductual dependen directamente de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Atendiendo las inter consultas de hospitalización que le hacen al servicio, la consulta diaria de pacientes ambulatorios con dolor crónico y cuidados paliativos, y las visitas domiciliarias que se hacen cada 15 días a pacientes en fase terminal que no pueden desplazarse al hospital.

Servicio al que se encontró adscrito:

CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Esta clínica se encuentra dirigida por un Médico Anestesiólogo-Algólogo, 2 médicos Anestesiólogos de base, 6 médicos residentes Anestesiólogos que cursan la sub especialidad de Algología, 1 enfermera de base, 1 enfermero realizando servicio social, 1 psicóloga voluntaria y 2 psicólogas residentes de Medicina Conductual.

Recursos Humanos:

Médicos Anestesiólogo-Algólogo: Jefe de servicio, 2 adscritos

Enfermeras: 1 base, 1 servicio social

Residentes: 6 Anestesiólogos cursando la sub especialidad de Algología

Psicóloga Voluntaria

2 psicólogas residentes en Medicina conductual

Líneas de Autoridad:

La supervisora in situ, es la psicóloga voluntaria que participa en la Clínica del dolor, con quien nos reunimos 1 vez cada 8 o 15 días.

El jefe del servicio y los médicos adscritos, dirigen y solicitan actividades en el trabajo cotidiano.

Por parte de la UNAM, además del apoyo y supervisión del tutor, contamos con un supervisor, que asistió al hospital cada 8 días.

Supervisor in situ:

Psicóloga Lou González, psicóloga voluntaria de la Clínica del dolor en el INCMNSZ.

Actividades desarrolladas

Las actividades profesionales desarrolladas tuvieron como base lo establecido en el programa operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México para esta sede:

- Detectar problemas psicológicos de los pacientes, generados por el dolor crónico.
- Desarrollar programas de intervención en pacientes con dolor crónico a nivel individual.
- Aplicar estrategias de intervención que apoyen a la solución de problemas psicológicos de los pacientes
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- Favorecer en los pacientes la adherencia terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, depresión y habilidades de afrontamiento.

Programas de intervención específicos desarrollados

La rotación en este servicio duro 1 año, se trabajo con pacientes que padecían dolor crónico asociado a diversas patologías, principalmente a; Diabetes, Cáncer, Radiculopatía, Osteoartritis, Lumbálgia, Fibromialgía, Lupus, Hipo-Hiper tiroidismo y que en algunos casos se encontraban hospitalizados y en otros asistían a consulta externa.

También se trabajo en la clínica de cuidados paliativos, con pacientes que se encontraban en fase terminal (con diagnostico de cáncer, pronostico de vida,

de 6 meses o menos), regularmente la intervención con estos pacientes iniciaba en el área de hospitalización, pasaban a consulta externa 1 vez por semana, y si se requería a visita domiciliaria (de acuerdo del grado de incapacidad para desplazarse del paciente).

Intervenciones psicológicas a pacientes hospitalizados que inter consultaban a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

En la siguiente tabla se describen las intervenciones que realice personalmente, es importante mencionar que conmigo estaba 1 psicóloga más de la Residencia, y el trabajo era repartido entre las 2.

Motivo de inter-consulta	No. de pacientes	Promedio de sesiones de terapia de apoyo (T.A)	Promedio de sesiones de T.A para familiares	Promedio de sesiones de intervención en crisis
Dolor crónico	102	10	4	1
Cuidados Paliativos	65	13	6	1-3

Total de pacientes: 167

Total de sesiones de intervención en crisis: 295

Total de sesiones de terapia de apoyo: 1922

Total de sesiones de terapia de apoyo para familiares: 920

Figura 5. Distribución de motivo de inter consulta en pacientes hospitalizados.

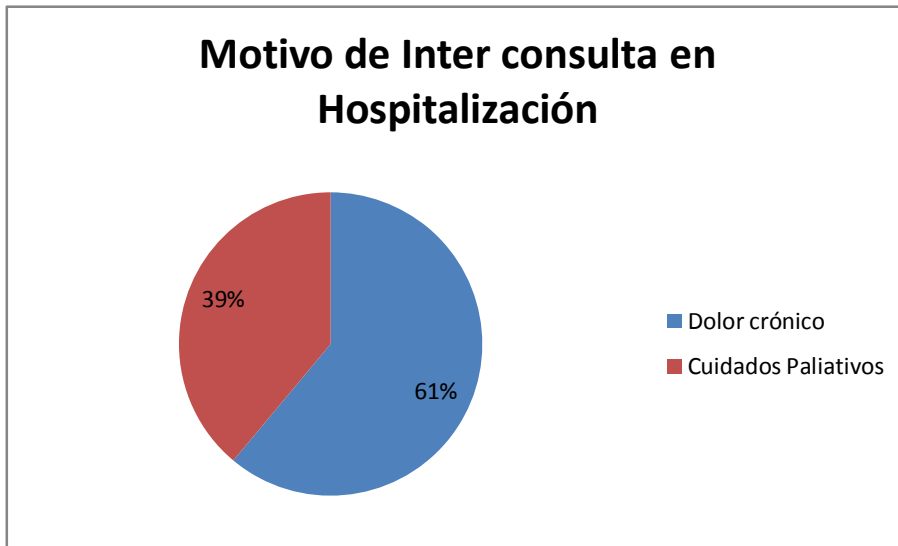
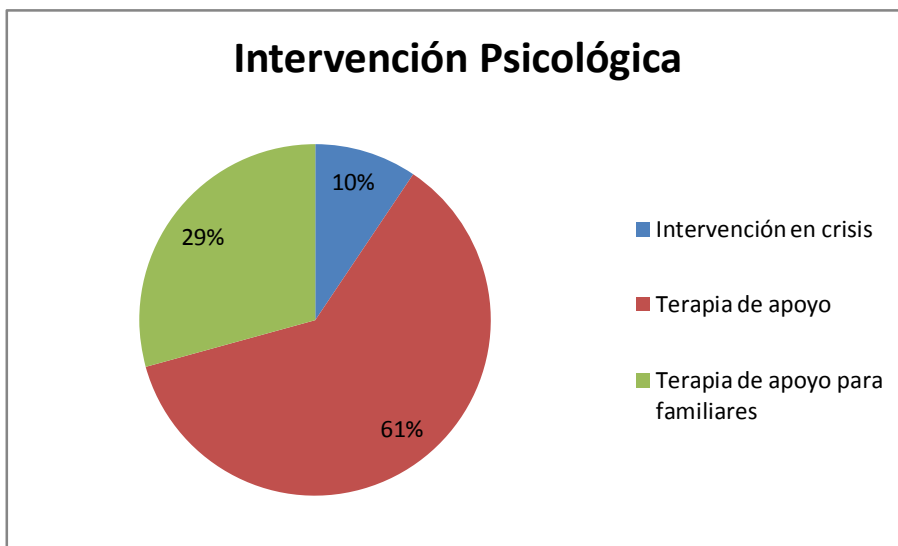


Figura 6: Distribución de tipo de intervención psicológica en pacientes hospitalizados



Intervenciones Psicológicas a pacientes de consulta externa de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Todos los días se daba consulta externa, de 10:00 a 14:00 hrs y de 15:00 a 17:00 en la clínica del dolor, y en el área de cuidados paliativos, martes y viernes de 10:00 a 14:00, y visita domiciliaria los miércoles, cada 15 días.

En la siguiente tabla se describen las intervenciones que realice personalmente.

Motivo de inter-consulta	No. de pacientes	No. de sesiones de evaluación	Promedio de sesiones de terapia de apoyo (T.A)	Promedio de sesiones de T.A para familiares	Promedio de sesiones de intervención en crisis
Dolor crónico	253	112	3	2	1
Cuidados Paliativos	76	20	6	4	1-2

Total de pacientes: 345

Total de sesiones de evaluación: 132

Total de sesiones de intervención en crisis: 423

Total de sesiones de terapia de apoyo: 1020

Total de sesiones de terapia de apoyo para familiares:612

Total de visitas domiciliarias: 16

Figura 7 Distribución de pacientes que recibieron intervención psicológica en consulta externa

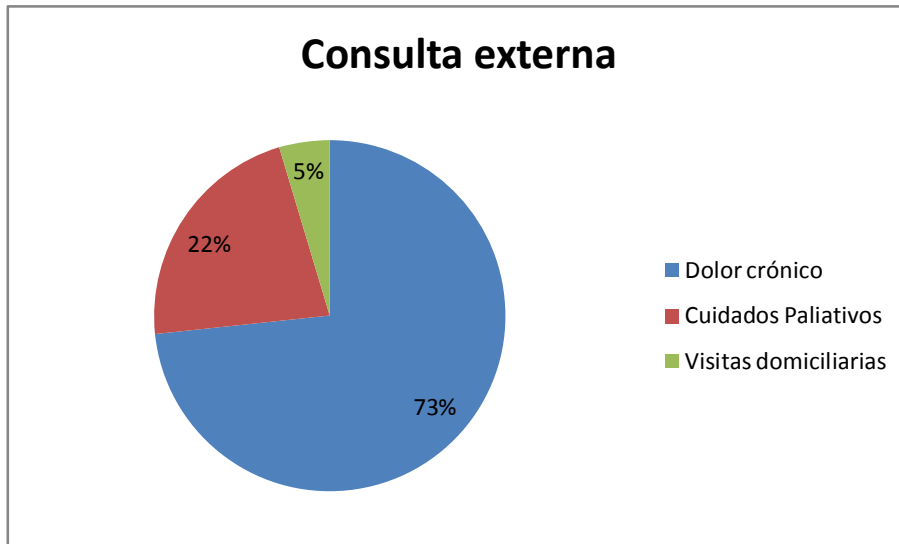
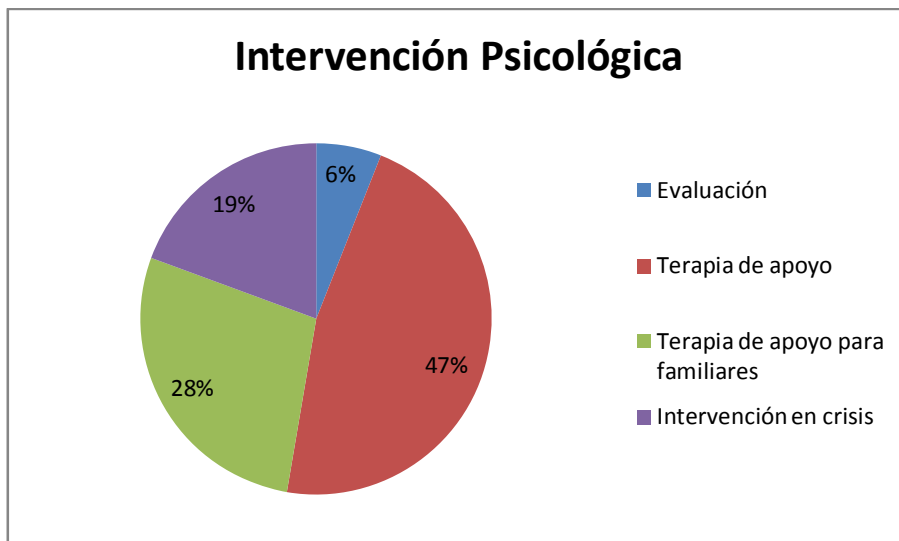


Figura 8 Distribución de tipo de intervención psicológica en pacientes atendidos en la consulta externa.



Actividades Académicas dentro de la sede

De lunes a Jueves asistí a clases de 7:00 a 8:00 a.m., clases que eran impartidas por los médicos de la clínica, algunos invitados, los residentes médicos y las residentes de medicina conductual, cada dos meses, nos asignaban un tema para exponer.

Las clases que di fueron:

- Relación Médico-Paciente
- Evaluación del paciente con dolor crónico
- Evaluación del cambio clínico
- Biofeedback
- Ansiedad y Depresión en el paciente con dolor
- Sexualidad en el anciano

De lunes a jueves de 8:00 a 8:30, y el viernes antes de la sesión general y de manera independiente, realice, junto con los médicos asignados, una visita a los pacientes hospitalizados que estaban siendo atendidos por la clínica.

Un fin de semana (sábado y domingo), cada 15 días, realice guardia junto con un residente médico, teniendo como labor primordial hacer una visita por la mañana a los pacientes hospitalizados e intervenir cuando fuera evaluado por nosotros mismos que no podía esperar al lunes.

De lunes a jueves de 8:30 a 10:00 y los viernes de 9:00 a 10:00, asistí y participe, en las revisiones de casos, en donde se revisaba caso por caso que se tenía en el área de hospitalización, con el reporte de las intervenciones; médicas, psicológicas, del equipo de enfermería y de la trabajadora social. En estas sesiones se practicaba el trabajo inter-multi disciplinario favoreciendo la atención individualizada e integral de cada paciente.

Todos los viernes de 8:00 a 9:00 de la mañana acudí a sesiones generales del hospital, en donde se trataban temas, preferentemente, médicos, con expositores expertos invitados.

Todos los miércoles junto con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, se realizaban días académicos; en donde cada residente médico, supervisado por un revisor que era uno de los médicos adscritos de cualquiera de los institutos, y con ayuda del residente de medicina conductual, un enfermero (a) y la trabajadora social preparaban 1 caso para ser discutido, además de presentar una revisión teórica del padecimiento médico. Todos los residentes (médicos y psicólogos), seleccionábamos un artículo de nuestro interés, para revisarlo y compartirlo con el resto de los asistentes a la sesión académica. El revisor del día, se encargaba de seleccionar algunos para ser presentados, y el resto debía entregar una copia del resumen a cada participante.

Participo en la organización y desarrollo del 6º Curso de actualización en Medicina del Dolor y Paliativa, que se llevo a cabo en el Instituto.

La supervisión in situ, era regularmente cada 15 días, quien escuchaba un reporte de nuestro trabajo cotidiano, y facilitaba un espacio para comentar pensamientos y emociones que pudiéramos experimentar por el trabajo cotidiano con pacientes con dolor y con la muerte-

La supervisión académica fue cada 15 días, en donde recibí retroalimentación sobre las intervenciones realizadas, y un espacio para comentar las posibles dificultades personales, académicas, o profesionales que pudieran limitar el trabajo cotidiano

Asistencia a eventos académicos

Durante este año asistí como participante a;

- XXX Curso Anual de actualización en Anestesiología
- 6º Curso de Actualización en Medicina del dolor y Paliativa
- Curso Internacional del Dolor a la Paliación

Y como ponente con el trabajo: "Evaluación de depresión y ansiedad con pacientes con dolor crónico", en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y Salud.

Competencias profesionales alcanzadas en el segundo año de Residencia.

Trabajar en equipo inter y multi disciplinariamente, donde la aportación de cada especialista juega un papel importante y contribuye al mejor manejo del paciente con dolor o en fase terminal.

Adquirir conocimientos teóricos, médicos y psicológicos actuales, acerca del dolor, su manejo, así como de los cuidados paliativos.

Habilidades de intervención en crisis, en pacientes paliativos.

Acompañamiento en el proceso de morir.

Intervención psicológica a domicilio en pacientes paliativos

Manejo de ansiedad en pacientes que iban a ser sometidos a un procedimiento invasivo.

Manejo de tensión muscular en pacientes con dolor crónico

Reporte y análisis de casos clínicos

Investigación “Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico”

Reconociendo la importancia de las variables psicológicas: ansiedad y depresión en el dolor crónico y en los cuidados paliativos (Skevington, 1995, Turk, Okifuji, 2002, , Monsalve, 1997) , y la carencia de estudios y reportes descriptivos de esta clínica de dolor. Se llevo a cabo un protocolo de evaluación de estas dos emociones.

Objetivo general: Evaluar la prevalencia y la relación entre el nivel ansiedad y depresión con indicadores de dolor crónico y enfermedades coexistentes, en pacientes que son atendidos en la Clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ

Objetivos específicos

1. Realizar un análisis descriptivo de datos sociodemográficos
2. Evaluar y describir nivel de dolor, ansiedad y depresión que presentan los pacientes que acuden a la clínica del dolor y cuidados paliativos
3. Analizar la correlación entre ansiedad y depresión
4. Analizar la correlación entre ansiedad y dolor
5. Analizar la correlación entre depresión y dolor

Método

Participantes: 136 pacientes voluntarios atendidos en la clínica de dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ, que padecen dolor crónico.

Procedimiento: En el área de consulta externa se aplicaron los inventarios a pacientes que acudían por 1era vez con las psicólogas de la clínica.

Instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, (Beck et al, 1988, Jurado, et al 2001)

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, et al 1988, Robles, et al 2001)

Resultados

Las características socio demográficas de los pacientes se muestran en la siguiente tabla y gráficos.

N=136		
Edad (media)	56 años	Rango= 24 y 90 años
Sexo	Femenino= 32 / 24%	
	Masculino= 104 / 76%	
Relaciones Personales	Con pareja habitual= 71 / 52%	
	Sin pareja habitual= 38 / 28%	
	Sin pareja= 27 / 20%	
Estudios realizados	Primaria= 46 / 34%	
	Secundaria= 20 / 15%	
	Preparatoria= 13 / 10%	
	Técnico= 28 / 21%	
	Licenciatura= 22 / 16%	
	Sin estudios= 7 / 5%	
Situación laboral	Empleado= 47 / 35%	
	Desempleado= 89 / 65%	

Figura 9 Distribución de acuerdo al sexo

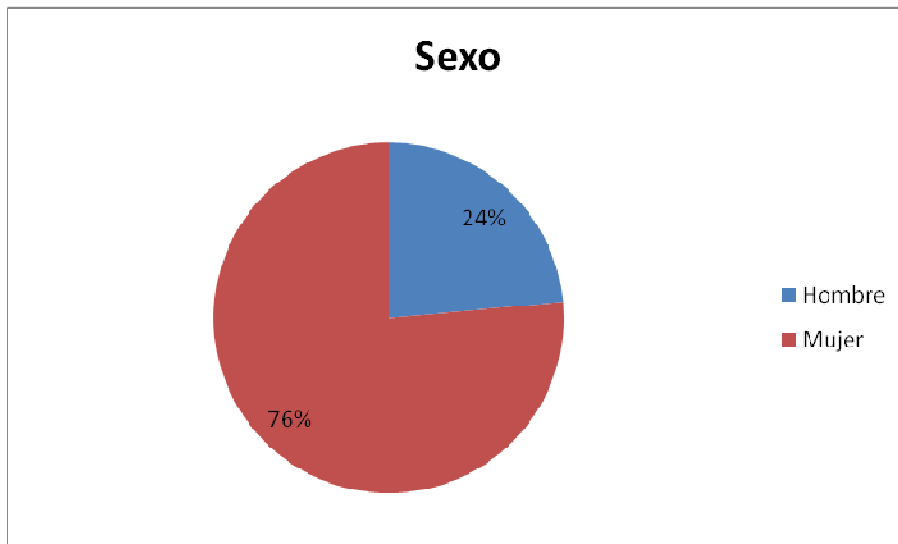


Figura 10 Distribución de acuerdo a la relación de pareja

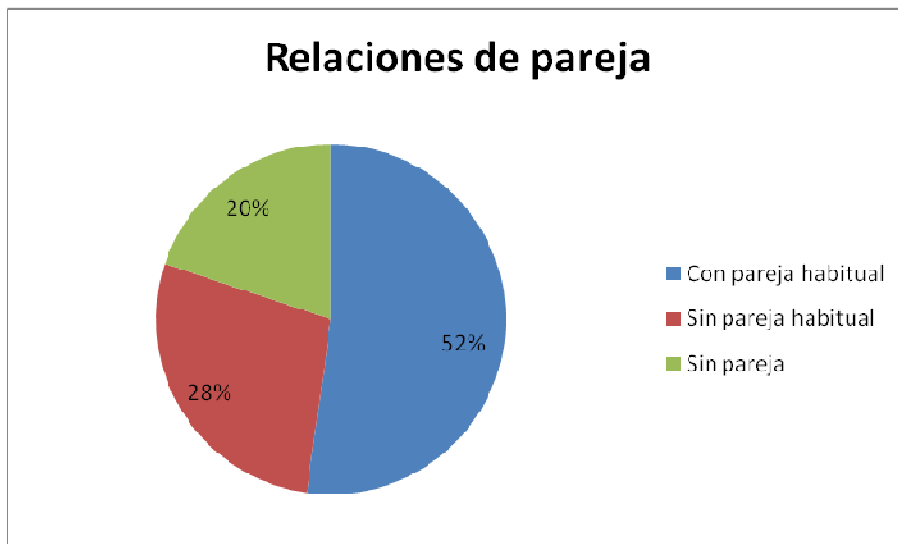
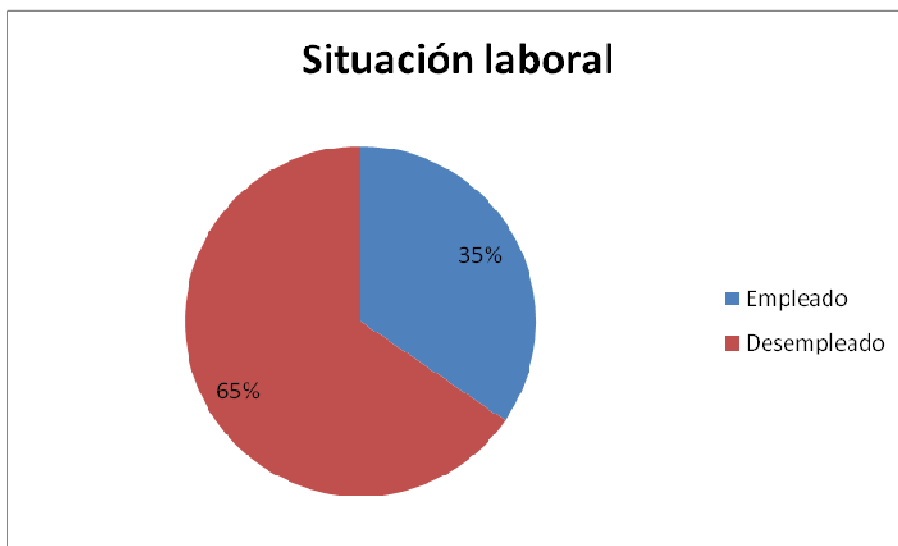


Figura 11 Distribución de acuerdo a los estudios realizados



Figura 12 Distribución de acuerdo a la situación laboral



En la siguiente tabla y gráficos se describe a la muestra de acuerdo a su diagnóstico médico, diagnóstico algológico (tipo de dolor), tiempo de evolución del dolor.

Diagnóstico Médico	Diabetes= 49 / 36%
	Cáncer= 22 / 16%
	Radiculopatía= 22 / 16%
	Osteoartritis= 13 / 10%
	Compresión radicular= 10 / 7%
	Fibromialgia= 13 / 10%
	Lupus= 2 / 2%
	Hipo-Hiper tiroidismo= 5 / 4%
Diagnóstico Algológico (tipo de dolor)	Neuropático= 82 / 60%
	Somático= 34 / 25%
	Mixto= 18 / 13%
	Visceral= 2 / 2%
Tiempo de evolución del dolor	Menos de 1 año= 49 / 36%
	1-5 años= 68 / 50%
	6-10 años= 16 / 12%
	11-20 años= 3 / 2%

Figura 13 Distribución de acuerdo al padecimiento médico

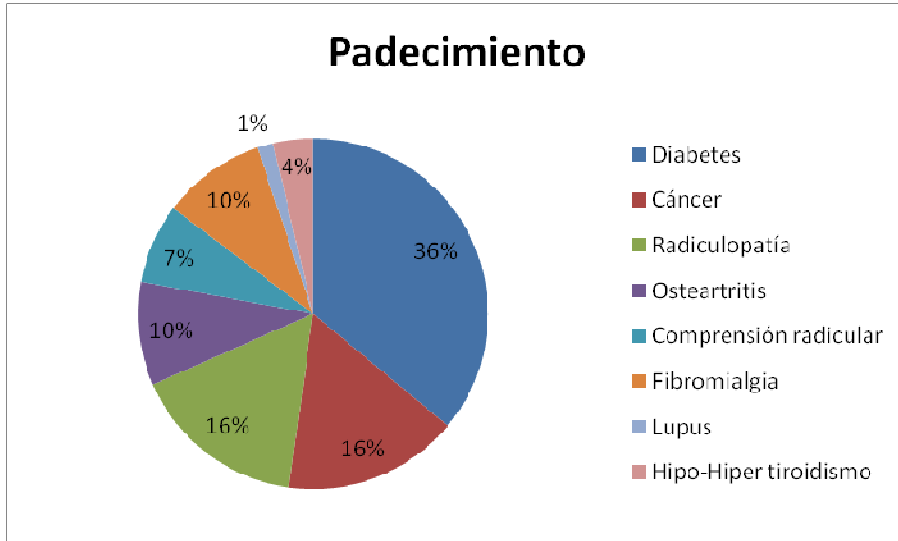


Figura 14 Distribución de acuerdo al tipo de dolor

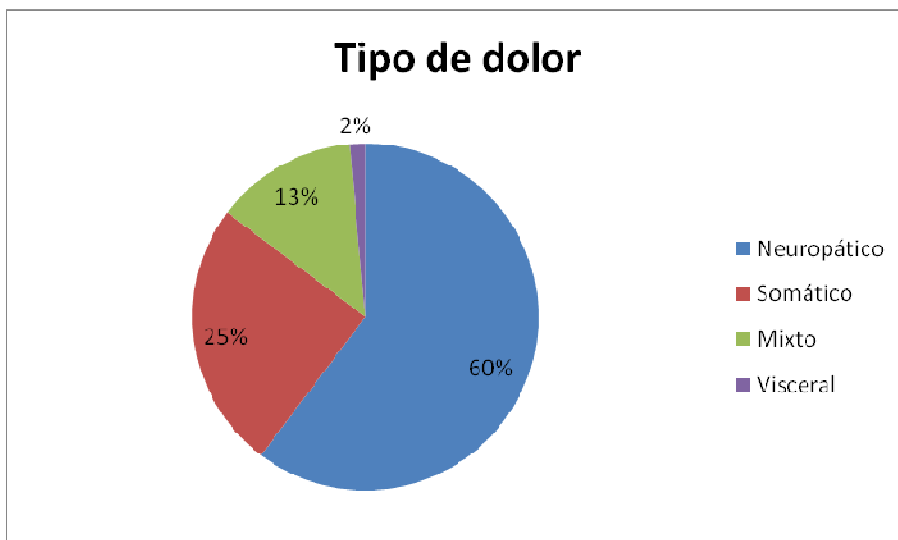
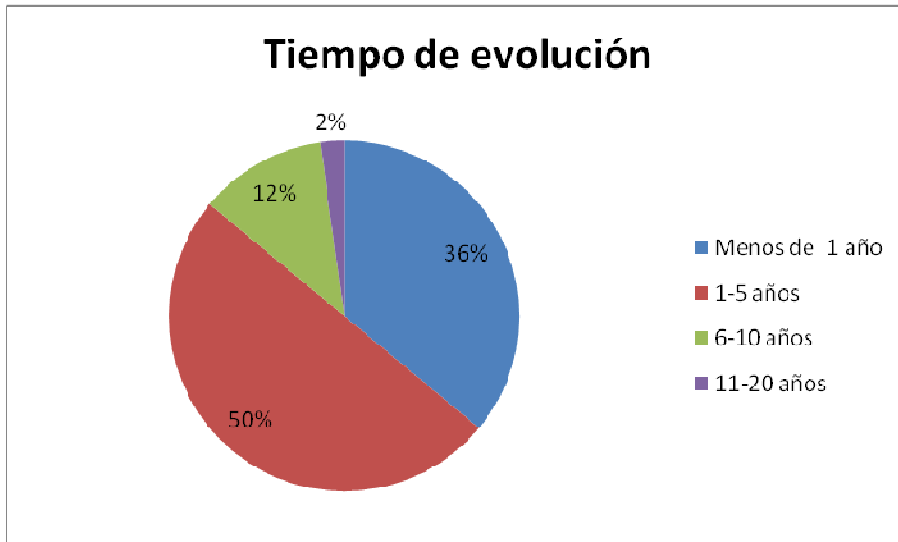
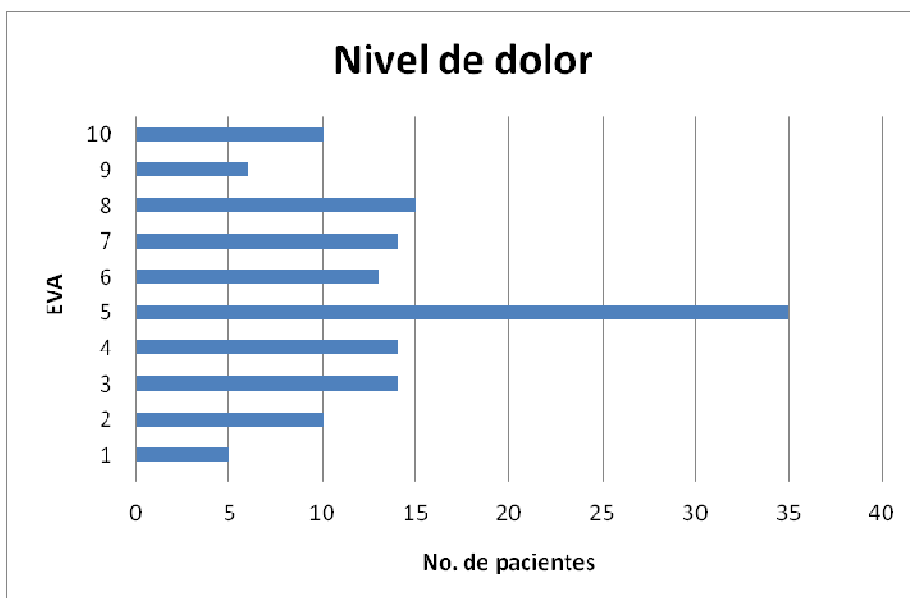


Figura 15 Distribución de acuerdo a tiempo de evolución



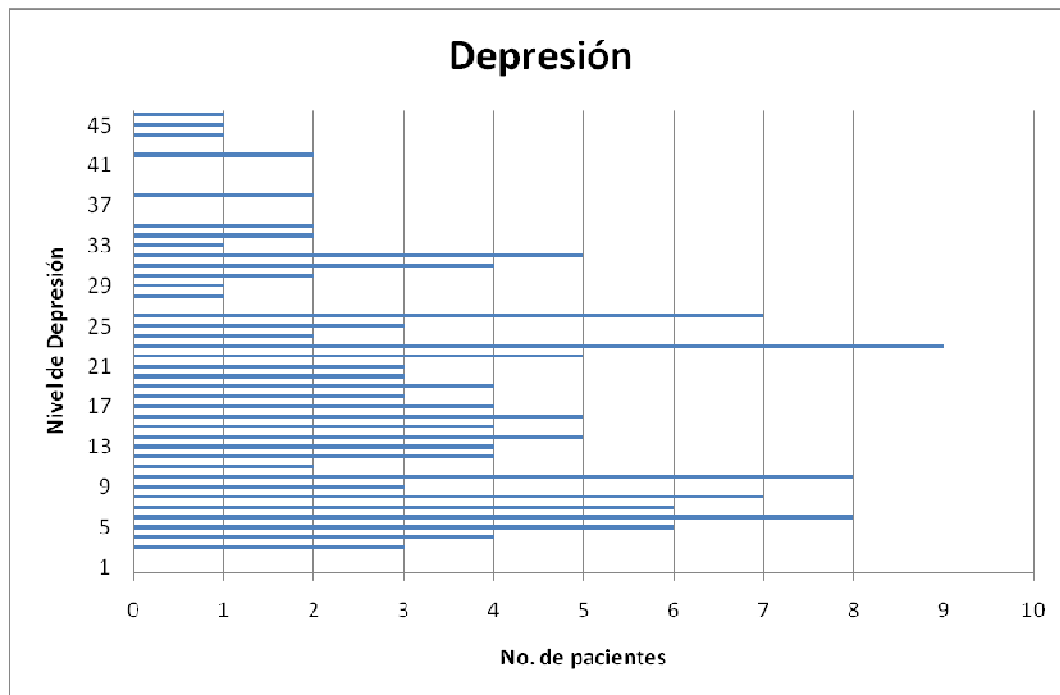
La media de dolor reportada con ayuda de la escala visual análoga (EVA) (donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso que ha experimentado) fue de 5.5.

Figura 16 Distribución de acuerdo a nivel de dolor, medido con una escala visual análoga de 0-10



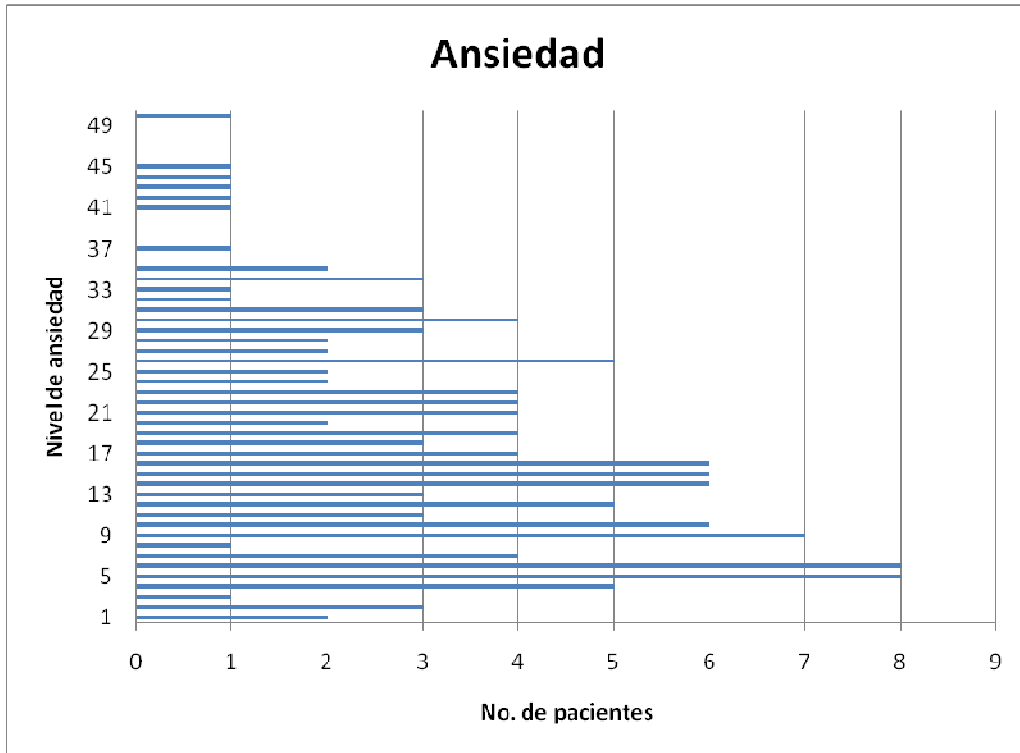
La media de depresión, medida con el Inventario de Depresión de Beck fue de 17.7 (con un rango entre 3 y 46), considerado como signos moderados de depresión.

Figura 17 Distribución de acuerdo a nivel de depresión, medido con el Inventario de Depresión de Beck



La media de ansiedad, medida con el Inventario de Ansiedad de Beck fue de 17.3 (con un rango entre 1 y 50), considerados como signos moderados de ansiedad.

Figura 18 Distribución de acuerdo a nivel de ansiedad, medido con el Inventario de Ansiedad de Beck.



Se realizo un análisis de correlación de Pearson, con la finalidad de describir las relaciones significativas entre las variables; edad, tiempo de evolución, nivel de dolor, de ansiedad y depresión. Encontrando relaciones significativas entre las siguientes variables: Edad y nivel de ansiedad y depresión. Nivel de dolor y nivel de ansiedad y finalmente nivel de depresión y de ansiedad.

Análisis de correlación de Pearson entre las variables: edad, tiempo de evolución, nivel de dolor, depresión y ansiedad.

	Edad	Tiempo de evolución	Nivel de dolor	Nivel de Depresión	Nivel de Ansiedad
Edad	1	,156	,051	-,300(**)	-,339(**)
Tiempo de evolución		1	,054	-,076	,002
Nivel de dolor			1	,150	,205(*)
Nivel de Depresión				1	,561(**)
Nivel de Ansiedad					1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Discusión y conclusiones

El objetivo del estudio fue describir las características de una muestra de pacientes que eran atendidos por la clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ, ya que era un ejercicio que no se había practicado antes, y se consideraba importante contar con un trabajo de evaluación que sirviera de antecedente para generar un programa específico de atención psicológica para esta población.

Aún cuando la mayoría de los reportes (Sarafino, 1990, Pastor, 1995, Esteve, 2003) relacionan positivamente a la ansiedad con el dolor agudo, y a la depresión con el dolor crónico, y la clínica del dolor atiende pacientes con dolor crónico (duración mínima del dolor de 6 meses). Sin embargo, en esta muestra se observó correlaciones significativas entre; ansiedad y nivel de dolor, ansiedad y depresión. Corroborando así que ante la presencia de signos de dolor, existe mayor posibilidad de presentar ansiedad, la cual involucra varios signos físicos.

Estos resultados se deben ver como preliminares, pues no reflejan un muestreo sistemático y representativo de la población de la clínica de dolor. Si bien lo positivo del estudio es que nos da información interesante de la prevalencia de trastornos afectivos en la población, que puede ser de utilidad para la planeación de protocolos de servicio psicológico, en el contexto del equipo multidisciplinario en una clínica de dolor.

CASO CLÍNICO

Como constancia de las competencias desarrolladas en la Residencia, se presenta el siguiente caso, que representa parte del trabajo que realice durante el segundo año de la residencia.

Se trata de un paciente atendido por inter consulta a cuidados paliativos, que inicialmente se encontraba hospitalizado, y se le dio seguimiento en la consulta externa.

Ficha de Identificación

Nombre: H.J.M

Edad: 28 años

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 1977

Estado civil: Soltero

No. de hijos: 1 (6 meses)

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Desempleado

Religión: Católico

Diagnostico médico: Ca de hígado

Motivo de Consulta:

El paciente fue hospitalizado en el servicio de urgencias en el mes de mayo, con el diagnostico de cáncer de hígado. Debido a que tenía dolor se pidió inter consulta con la clínica de dolor. Se le ofrece apoyo al detectar durante la visita medica que ha estado inquieto, y al entrevistarle refiere sentirse muy nervioso y triste por su reciente diagnóstico. Se trabaja con el, durante toda la hospitalización ofreciendo continuar con el apoyo posteriormente.

El paciente regresa a consulta de dolor y cuidados paliativos en el mes de junio, después de que su oncólogo diagnostica que por el nivel de avance del cáncer que padece, el tratamiento que se le puede ofrecer es paliativo. El paciente refiere tener muchos problemas con su familia debido a su enfermedad y a que ellos les cuesta trabajo asimilar que su caso no tiene cura

y con la madre de su hija, pues ella desconoce su diagnóstico y pronóstico, y como la relación ha sido deficiente, no le permite ver a su hija. Se siente “desesperado”, y le gustaría llevar una terapia psicológica.

Impresión y actitud general:

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, de estatura baja, complexión delgada y tez blanca, acude en condiciones adecuadas de higiene y aseo, puntual a sus citas. Durante las sesiones se muestra dispuesto y cooperador, contestando ampliamente a las preguntas del entrevistador. Se muestra ansioso (con llanto contenido) al hablar del escaso contacto que tiene con su hija, ante su diagnóstico y pronóstico se muestra evasivo, dirigiendo la conversación hacia otro tema.

Antecedentes de importancia:

H es originario de Puebla, es el menor de cuatro hermanos, (35, 32, 30 años, respectivamente). Sus padres están casados desde hace 35 años, el padre es comerciante, alcohólico y lo describe como una persona muy “egoísta”, y que tiene una relación distante y agresiva con toda la familia, recuerda que siempre hubo pleitos con su madre, y maltrato físico y psicológico, ella se dedica principalmente al hogar, y ha vendido diferentes cosas para ayudar al sustento familiar, la describe como una persona tranquila, amorosa y sumisa.

H comenta que desde que era muy pequeño recuerda que su padre bebía la mayor parte del tiempo, cuando llegaba a casa sobrio, era encantador, les hacía regalos, los llevaba de paseo y toleraba las diferencias de opinión que se pudieran dar entre la familia, sin embargo cuando bebía tenía actitudes agresivas hacia sus hijos, era muy estricto con las reglas y no toleraba que nadie se le acercara o lo contradijera.

Recuerda que durante la infancia, su padre ocasiona diferentes crisis familiares, al ausentarse de casa por días y después encontrarlo en la calle, algunas veces, lastimado físicamente y otras simplemente en desaliño total después de varios días de beber. Comenta que en su barrio, lo tienen muy bien identificado y que algunas veces los vecinos o amigos lo encontraban bebido a punto de meterse en algún problema, y llamaban a su madre para que fuera a recogerlo. Cuando él y sus hermanos crecieron ellos hacían esta tarea,

refiriendo que se sentía muy avergonzado cuando él era el encargado de recoger a su padre, pues para llevarlo hasta casa pasaba por momentos agresivos.

Esta situación es la más sobresaliente a lo largo de su historia familiar.

Considera que siempre le costó el trabajo en la escuela, que le gustaba poco asistir, y que esta conducta era reforzada cuando su padre estaba en crisis, pues su madre considerando que él estaba muy afectado le permitía faltar a clases. Sin embargo realizó estudios hasta bachillerato e inició la carrera de Comercio exterior.

Historia médico psiquiátrica

Durante la infancia padeció hepatitis y comenta que fácilmente se enfermaba, principalmente de infecciones gastrointestinales.

Fuma desde los 13 años, 4 cigarros diarios aproximadamente.

Bebe alcohol a partir de los 15 años, y antes de empezar a padecer los diferentes síntomas de la enfermedad, comenta que pasó un par de años bebiendo hasta embriagarse al menos 1 vez por semana.

A partir de noviembre de 2003, sufre con mayor frecuencia, infecciones gastrointestinales, por lo que acude al médico, quien le cambia la dieta pues le gusta comer con excesivo picante, le sugiere moderar su ingesta de alcohol, y le manda análisis clínicos para estudiar su caso. En marzo de 2004 sin haber seguido las indicaciones médicas, tiene 1 crisis de dolor abdominal muy fuerte que lo lleva a hacer hospitalizado en urgencias de un hospital regional, en donde lo estudian y le diagnostican Ca de Hígado, después de 1 semana de estar ingresado en este hospital y de que sus familiares consideran que no estaba bien atendido, y que no le ofrecen tratamiento curativo, consiguen trasladarlo al INCMNSZ. Una vez ingresado en el Instituto es confirmado su diagnóstico.

Durante este tiempo recibe apoyo de sus padres, principalmente su madre, quien está a su lado, durante toda la hospitalización.

Padecimiento actual

R menciona que en ocasiones se siente “desesperado” y “triste” atribuyendo estos estados de ánimo principalmente al poco contacto que tiene con su hija, y a la mala relación con su ex pareja.

Se ha sentido “frustrado”, ante algunas limitaciones que tiene por su enfermedad, ha perdido el gusto por la comida, lo que sale totalmente de lo que el acostumbraba, pues disfrutaba de la comida, y durante varios años tuvo sobre peso, ahora ha perdido cerca de 15 kilos, se siente “muy débil” por lo que hace muy pocas actividades y comenta que se percibe como inútil. Refiere que se siente muy irritable y que en ocasiones es muy agresivo con la gente, por cualquier cosa, grita y se enfada. Pasa la mayor parte del tiempo con su madre pues considera que no puede convivir con sus amistades como antes (bebiendo alcohol) y que prefiere no verlos, lo cual le hace sentir tristeza y desgano.

Síntomas

- Nerviosismo. inquietud por la mala relación con ex pareja y por no poder ver a su hija.
- Irritabilidad
- Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
- Percepción de inutilidad
- Estado de animo triste

Examen mental

Es un paciente de complexión delgada, estatura baja, de edad aparente a la cronológica, acude en condiciones adecuadas de aliño e higiene. Se encuentra orientado en las tres esferas (persona, tiempo y espacio). Su humor lo describe como irritable, su afecto se observa entre ansioso y deprimido. Los procesos de atención y concentración son adecuados, no presenta alteraciones en la memoria. El lenguaje es lineal y fluido. El proceso de pensamiento es coherente y congruente. El contenido del discurso y pensamiento se centra en las dificultades con su ex pareja, la imposibilidad de estar con su hija, su

incapacidad para llevar la vida como antes (comer, vida social, fuerza y vitalidad). No se detectan alteraciones de juicio. Respuesta psicomotora y periodo de latencia adecuados. Impresiona capacidad intelectual igual al promedio. Niega alteraciones senso-perceptuales. La actitud es cooperadora.

Conceptualización cognitivo conductual

A Eventos activadores	B Pensamientos automáticos	C Consecuencias
Diagnostico de cáncer Tratamiento paliativo Interrupción de actividades cotidianas Discusiones con ex pareja	Soy un inútil No puedo disfrutar de cosas básicas como "comer", esto no es vida. No tengo fuerzas para nada. No puedo estar con mis amigos, pues no puedo beber. No me quiero morir. Mi ex pareja no me permitirá estar con mi hija	Ansiedad Desesperación Irritabilidad Tristeza Escapa de la situación desagradable Apatía Impotencia

Estructura de pensamiento

Orden y organización: adecuados

Análisis y síntesis: incompleto por ansiedad

Razonamiento y conclusiones: razonamiento emocional

Anticipación y planeación:

Forma de pensamiento

Procesos

Percepción: Con tendencia a la catastrofización, maximiza dificultades y minimiza habilidades y avances.

Atención: selectiva a eventos negativos

Imaginación:

Memoria: negativa

Contenido

Pensamientos automáticos: Descritos anteriormente

Creencias intermedias:

1. No soy lo suficientemente bueno como para salir adelante
2. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho
3. Las personas y las cosas deberían de ser como yo espero y si no, yo debo de hacer algo
4. Las cosas deben venir fácil y rápido
5. Las cosas deberían ser mejores de cómo son
6. Nunca hay que dejarse y si defenderse
7. Una persona vale por lo que hace o tiene

Esquemas: Indefensión/Abandono

Filosofía: Confusión entre ser, hacer, valer y tener.

Falso concepto de responsabilidad

Actitudes: Baja tolerancia a la frustración, evita, evade, busca apoyo social, características de autocompasión y autoindulgencia.

Conductas y emociones descritas anteriormente.

Diagnostico multiaxial DSM IV

Eje I Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de animo depresivo

Uso de alcohol

Eje III. Cáncer de hígado

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: relativos a la interacción con la pareja

Eje V 60 Síntomas moderados (ansiedad e irritabilidad ocasional) y dificultad en la actividad, social, laboral o escolar.

Estrategia terapéutica

Objetivo General:

Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva que se ha manifestado a partir del diagnóstico, tratamiento y pronóstico oncológico, por medio de estrategias cognitivo conductuales, que contribuyan a manejar miedos y esperanza y refuercen la adherencia terapéutica.

Las técnicas cognitivo conductuales empleadas y el orden que se utilizó fue el siguiente:

Contención emocional:

- Tolerar la frustración, identificarla y distinguirla entre otras emociones como ansiedad, enojo, después enfrentando y tolerando la situación aversiva.
- Manejo de ansiedad por medio de respiración diafragmática e imaginación.
- Irritabilidad y tristeza, expresión de estas emociones, alternativas para manejarlas de una manera más funcional.

Reestructuración cognitiva

- Debate funcional para re estructurar la percepción de A (Padecimiento oncológico tratamiento y pronóstico) y con base en esto utilizar los estilos de afrontamiento que le resulten más funcionales y de ser posible le beneficien.
- Debate empírico y funcional sobre los cambios físicos que esta experimentando, la devaluación personal que tiende hacer de si mismo, la relación con su ex pareja e hija.
- Debate filosófico de la vida, la muerte Análisis de principales deseos y temores

Entrenamiento en asertividad para manejar conflictos con su pareja

- Planear una forma funcional de comunicación con su pareja para expresar sus derechos y respetar los derechos de su pareja, llegando a un acuerdo que le permita la convivencia con su hija.

Trabajo por sesiones

Sesión 1

Objetivo Especifico:

Determinar la demanda del paciente obteniendo información sobre el problema principal, así como brindar contención emocional para disminuir los niveles emocionales y fortalecer la alianza terapéutica.

Actividades del terapeuta:

- Enfatizar los componentes de relación por medio de la empatía y la escucha reflexiva.
- Entrevista cognitivo conductual sobre el problema que refiere el paciente
- Explicación del ABC al paciente
- Definir junto con el paciente el problema a trabajar en la terapia de apoyo
- Disminuir ansiedad del paciente a través de debate empírico y funcional
- Explicación del tratamiento que se llevara a cabo y programación de la próxima cita.

Actividades del paciente:

- Proporciono información sobre su problema
- Definió su problema y objetivo a alcanzar
- Participo en el debate empírico funcional

Tareas:

- Detectar los pensamientos en los momentos de ansiedad y tristeza
- Detención del pensamiento por medio de distracción cognitiva y buscando prueba empírica.

Evaluación:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) 20
 - Sintomatología referida de ansiedad
1. Nerviosismo,

2. Irritabilidad
3. Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
4. Miedo a que pase lo peor
5. Asustado
6. Dificultad para relajarse
7. Debilidad

Inventario de Depresión de Beck (BDI) 36

Sintomatología referida de depresión

1. Dificultad para disfrutar de las cosas
2. Irritabilidad
3. Pérdida de interés por la gente
4. Fatigabilidad
5. Cambios en el sueño, alimentación, pérdida de peso
6. Preocupación somática

Pensamientos automáticos sobre su situación:

Mi vida esta perdiendo sentido

Soy un inútil

No tengo fuerzas para nada

No disfruto de las cosas como lo solía hacer antes

Mi ex pareja no me permitirá la convivencia con mi hija

Sesión 2

Objetivos específicos:

Obtener información sobre la historia de vida del paciente para hacer una conceptualización cognitivo conductual de su problema: actitud cognitiva (Fuentes de aprendizaje, ABC, esquemas, procesos y fenómenos cognitivos)

Disminución de los niveles de ansiedad y estado de ánimo deprimido a través de debate empírico y funcional.

Actividades del terapeuta:

- Evaluar la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo el paciente durante la semana, y en los inventarios que se aplicaron la sesión anterior, así como la frecuencia de pensamientos automáticos y la ejecución de la tarea (detención del pensamiento)
- Entrevista cognitivo conductual sobre historia de vida para identificar fuentes de aprendizaje de actitud cognitiva
- Debate empírico y funcional sobre pensamientos automáticos
- Conceptualización cognitivo conductual posterior a la sesión con la información recabada en esta

Actividades del paciente:

Proporcionar información sobre el ejercicio de detención del pensamiento así como de la sintomatología de ansiedad y depresión que haya presentado en la semana

Proporcionar información sobre su historia de vida

Debatir empírica y funcionalmente sobre sus pensamientos automáticos en torno a las situaciones que considera problemáticas

Tareas:

Detención del pensamiento por medio de distracción cognitiva, buscando prueba empírica.

Identificar actividades que pueda realizar con sus nuevas condiciones físicas

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

Inventario de Estilos de afrontamiento IMA

Principales estrategias de afrontamiento utilizadas

1. Apoyo Social
2. Re evaluación positiva
3. Distanciamiento
4. Responsabilidad

Inventario de Ideas Irracionales

Estilo de pensamiento mas frecuente

1. Aprobación social 70%
2. Soluciones ideales 70%
3. Reactividad a la frustración 50%
4. Dependencia 5%

Sintomatología:

- Nerviosismo,
- Irritabilidad
- Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
- Estado de animo triste

Pensamientos automáticos:

Mi vida esta perdiendo sentido

Soy un inútil

No tengo fuerzas para nada

No disfruto de las cosas como lo solía hacer antes

Mi ex pareja no me permitirá la convivencia con mi hija

Sesión 3

Objetivos Específicos:

Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión por medio de re estructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración

Identificar estilos de afrontamiento que utiliza

Actividades del terapeuta:

Evaluar la sintomatología de ansiedad y depresión

Retroalimentar con los resultados de la evaluación de estilos de afrontamiento e ideas irracionales.

Analizar junto con el paciente la relación que las cogniciones tienen en el estado de animo y la forma en como han disminuido desde que ha comenzado a ejercitar un cambio conductual (fomentar conciencia cognitiva)

Debatir de manera filosófica la intolerancia a la frustración

Actividades del paciente:

Proporcionar información sobre el ejercicio de detención del pensamiento así como la sintomatología de ansiedad y depresión que haya presentado en la semana

Construir conciencia cognitiva al analizar los resultados del ejercicio de detención del pensamiento y al revisar las estrategias de afrontamiento que utiliza para cada situación.

Participar en el debate filosófico sobre la intolerancia a la frustración que le produce no estar con su hija

Tareas

Detención de pensamientos automáticos de intolerancia a la frustración y análisis de la situación Hacer una actividad incompatible con la frustración al momento de percibir los pensamientos automáticos: buscar a sus amigos, llamarlos por teléfono, salir a dar 1 paseo.

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

Sintomatología

- Nerviosismo, preocupación e inquietud respecto al tratamiento y sus avances
- Irritabilidad
- Estado de animo triste
- Comienza a hacer cosas diferentes a las acostumbradas, que le producen placer y no lo desgastan. Se sienta a comer con su familia, solo elige un guiso, lo disfruta, comiendo más lento. Hablo por teléfono con sus amigos y ha quedado con ellos para dar 1 paseo en lugar de asistir a las reuniones en donde se bebe.

Pensamientos automáticos

No tengo fuerzas para nada

No disfruto de las cosas como lo solía hacer antes

Mi ex pareja no me permitirá la convivencia con mi hija

Evaluación

Escala de eventos Vitales

Unidad de Cambio vital 365 Alto riesgo

Eventos vitales mas sobresalientes que ha experimentado el ultimo año

Diagnóstico de enfermedad incurable

Complicaciones en una pelea

Separación

Embarazo no deseado

Nacimiento de su hija

Cambio en costumbres sociales

Sesión 4

Objetivos específicos:

Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión por medio de re estructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración

Disminuir la inseguridad del paciente con respecto a su valor como persona y el temor de no poder estar con su hija el mayor tiempo posible

Identificar eventos vitales que ha experimentado el último año

Actividades del terapeuta

Explorar la sintomatología de ansiedad y depresión

Llevar a cabo debate filosófico sobre el padecimiento, tratamiento, cambios físicos, en el estilo de vida.

Llevar a cabo debate empírico y funcional respecto a su situación con ex pareja y las situaciones estresantes que ha experimentado el último año

Llevar a cabo un ejercicio para fortalecer el auto concepto del paciente reconociendo cualidades y analizando defectos

Actividades del paciente

Proporcionar información sobre la sintomatología presentada durante la semana

Participar en el debate filosófico sobre el padecimiento

Proporcionar información sobre los problemas de pareja

Llevar a cabo junto con el terapeuta un ejercicio para fortalecer el autoconcepto analizando sus cualidades y defectos

Tareas

Detención del pensamiento y análisis empírico funcional sobre la posibilidad de no re establecer la relación con su ex pareja.

Continuar con el ejercicio del autoconcepto aumentando la lista de cualidades diario al finalizar el día y hacer un recuento de las cosas que hizo

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

Cuestionario de actitudes hacia la muerte

Sintomatología

- Irritabilidad
- Estado de animo triste

Pensamientos automáticos

No disfruto de las cosas como lo solía hacer antes

Mi ex pareja no me permitirá la convivencia con mi hija

Sesión 5

Objetivos específicos

Disminuir la inseguridad del paciente con respecto a su valor como persona y el temor de no poder estar con su hija el mayor tiempo posible

Revisión de actitudes hacia la muerte, manejo de miedos y esperanzas

Actividades del terapeuta:

Explorar ideas acerca de la muerte, identificando miedos y esperanzas.

Debate empírico y funcional de sus miedos y esperanzas respecto a la muerte

Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas

Debate empírico y funcional con respecto a su situación de pareja

Revisión de ejercicio de auto concepto, reforzando las cualidades encontradas

Actividades del paciente:

Proporcionar información sobre las ideas que tiene sobre la muerte

Debate empírico y funcional de estas ideas

Ejecución de las técnicas de relajación

Debate empírico y funcional con respecto a su situación de pareja

Reconocimiento de las cualidades encontradas

Tareas

Detención del pensamiento y análisis empírico de las ideas de muerte

Lista de esperanzas

Practicar diariamente los ejercicios de relajación que se ejecutaron en la sesión

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Reconoce que le cuesta trabajo hablar de la muerte, pero que necesita hacerlo, pues hasta ahora nadie se había atrevido y dialogar sobre este tema.

Manifiesta temores relacionados con hacerle falta a su hija que es muy pequeña y su principal esperanza esta en poder pasar el resto de tiempo con ella, viendo su crecimiento y disfrutando la adquisición de habilidades. Quiere trabajar y sentirse útil.

Sesión 7

Objetivo específico

Plantear opciones para llevar a cabo las cosas que le transmiten esperanza

Actividades del terapeuta

Explorar ideas con respecto a la muerte, miedos y esperanzas

Planear actividades que le ayuden a realizar cada una de las cosas que le brinda esperanza

Evaluar síntomas de ansiedad y depresión

Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas

Actividades del paciente

Hablar de la muerte, sus miedos y esperanzas, con la finalidad de hacer un plan de acción que le permita vivir plenamente.

Tareas

Llevar a cabo las actividades para trabajar la esperanza.

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Pensamientos automáticos

Sesión 8

Objetivo específico:

Disminuir los síntomas de ansiedad que se presentan por la noche

Actividades del terapeuta

Explorar la sintomatología presentada por las noches y las circunstancias que lo rodean para determinar el análisis funcional

Arreglo de factores ambientales para controlar la sintomatología de ansiedad por medio de distracción, actividades y pensamientos incompatibles

Actividades del paciente

Proporcione información sobre la sintomatología

Identifico ideas irracionales

Cambio de pensamiento por cogniciones incompatibles

Planeo actividades incompatibles que sean atractivas para el

Tarea

Detención del pensamiento al identificar pensamientos automáticos con respecto a su situación laboral

Llevar a cabo la actividad incompatible que eligió: imaginar los nuevos trajes que se hará para su trabajo para dibujarlos al otro día

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Sintomatología:

- Nerviosismo por las noches al pensar en su situación laboral
- Insomnio

Pensamientos automáticos

.No podré disfrutar mi vida tanto como antes

Sesión 9

Objetivo específico:

Evaluar y manejar la sintomatología de ansiedad y depresión

Actividades del terapeuta

Explorar la sintomatología de ansiedad y depresión durante la noche

Reforzar el control emocional que llevo a cabo el paciente

Trabajar la terapia de solución de problemas para negociar el tiempo para convivir con su hija

Actividades del paciente

Referir la sintomatología de ansiedad y depresión durante la noche

Identificar los pensamientos que le permitieron controlar la sintomatología de ansiedad

Tareas

Llevar a cabo la alternativa elegida para solucionar los problemas y hablar con su ex pareja

Detención y cambio de pensamiento en caso de presentarse pensamientos automáticos

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Sintomatología

- No hubo nerviosismo durante la noche,
- Ya no se presento e insomnio

Sesión 10

Objetivo específico:

Disminuir la inseguridad que el paciente tiene respecto a su valor como persona y la preocupación por no poder disfrutar de la vida con tantas limitaciones

Actividades del terapeuta

Exploración de sintomatología de ansiedad y depresión

Debate empírico y funcional de los pensamientos respecto a no disfrutar de sus actuales condiciones de vida

Debate filosófico para trabajar tolerancia a la frustración respecto al cambio de roles

Planear junto con el paciente actividades de su vida diaria

Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas

Actividades del paciente:

Referir sintomatología depresiva

Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos respecto a no disfrutar de sus actuales condiciones de vida

Determinar junto con el terapeuta las actividades de vida diaria que realizara para reforzar el sentimiento de esperanza

Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas

Tareas

Detención y cambio de pensamiento al pensar un posible no disfrutar su vida actual

Llevar a cabo las actividades acordadas

Practicar ejercicio de relajación

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Sintomatología

- Estado de animo triste

Pensamientos automáticos

Sesión 11

Objetivo específico

Disminuir la inseguridad que el paciente tiene con respecto a su valor como persona y la preocupación por un posible no acuerdo para estar con su hija con su ex pareja.

Actividades del terapeuta

Explorar sintomatología de ansiedad y depresión

Debate funcional de los pensamientos automáticos respecto a un posible no acuerdo para estar con su hija con su ex pareja.

Debate filosófico de su valor como ser humano

Reforzar el cambio de pensamiento que ha tenido

Reforzar el cambio conductual que ha tenido

Actividades del paciente

Reportar la sintomatología de ansiedad y depresión durante la semana

Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos

Análisis junto con el terapeuta las consecuencias positivas de los cambios cognitivos y conductuales que ha tenido

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana

Tareas

Mantener el cambio cognitivo conductual al recordar las ganancias que ha tenido con este nuevo estilo de pensamiento y comportamiento

Resultados

Solo refiere haberse sentido ansioso un día durante toda la semana, pero esto solo duro un momento

Se ha podido comunicar con su ex pareja y ella le esta permitiendo estar con su hija todo el tiempo que el quiera.

Ya no ha discutido con su ex pareja y madre.

Ha continuado con su vida cotidiana, con los cambios que el decidió
Esta trabajando con su madre, en el negocio de venta de ropa.

Sesión 12

Objetivo específico

Llevar a cabo un seguimiento del paciente

Actividades del terapeuta

Explorar la sintomatología de ansiedad y depresión

Reforzar el cambio cognitivo conductual

Solución de problemas y toma de decisiones con respecto a algunas
circunstancias

Actividades del paciente

Reporte de sintomatología de ansiedad y depresión

Generar alternativas y analizar consecuencias con respecto a algunas
circunstancias

Tareas

Llevar a cabo los pasos de solución de problemas ante cada situación que
cause preocupación

Evaluación

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo
durante la semana, así como de los cambios conductuales que ha llevado a
cabo

Aplicación de inventario de ansiedad de Beck y de depresión de Beck

Resultados

Los cambios cognitivos y conductuales se han mantenido

Inventario de Ansiedad de Beck: 11

Inventario de Depresión de Beck: 13

Se planea un seguimiento, en donde se trabaje debate filosófico.

Al momento de despedirse refiere sentirse mas seguro, la sintomatología por la que pidió apoyo psicológico ya no se presenta y comenta tener un estilo de vida diferente pero igualmente satisfactorio.

EVALUACIÓN DE LA RESIDENCIA

PRIMER AÑO: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN: DR SALVADOR GONZALEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”

De la subsede: Considero que aún siendo el Hospital General de Atizapán, una institución que pertenece al 3er nivel de atención a la salud y que se encuentra limitado con recursos, para que se pueda dar una atención especializada, es una institución rica en personas (tanto pacientes como profesionales de la salud) que te dan la oportunidad de aprender y que en mi experiencia personal se encontraron abiertos y dispuestos a enseñar y a recibir mi apoyo profesional.

Del sistema de supervisión: Considero que la supervisión in situ fue deficiente, ya que aún cuando contaba con la disposición de ayuda, debido a que su marco teórico de referencia era diferente al nuestro, en muchas ocasiones no se lograron resolver dudas o retroalimentar la práctica cotidiana.

En cuanto a la supervisión académica, fue de gran ayuda, ya que, no solo retroalimentaba, sugería e incrementaba el conocimiento, si no que en ocasiones servía de contención emocional ante casos de difícil manejo y de gran contenido emocional. Desafortunadamente esta supervisión era muy espaciada y desde mi punto de vista no era suficiente.

De las actividades profesionales realizadas: Las actividades fueron muy enriquecedoras para mi experiencia profesional, ya que el tener la oportunidad de participar como parte de un equipo de salud en un escenario real, considero es la única manera de integrar el conocimiento en la Psicología Clínica Hospitalaria. Y de abrirle camino frente al resto de profesionales de la salud, que en muchas ocasiones por desconocimiento rechazan la presencia de un Psicólogo en su equipo.

La posibilidad de estar ante un gran número de pacientes con diversas necesidades, te permite desarrollar habilidades no solo de resolución de problemas, si no de integración del conocimiento que por años se adquiere en los estudios de la Psicología.

SEGUNDO AÑO: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN INCMNSZ

De la subsede: Considero que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición es una institución de excelencia que tiene principios claros y definidos que hacen que cada profesional que tiene la oportunidad de formarse ahí, que responda con una actitud de compromiso y trabajo constante por el paciente. Contando con los recursos materiales, personales y de organización que permiten un conocimiento integral de la salud-enfermedad.

Del sistema de supervisión: Considero que aún cuando la supervisora in situ no compartía el mismo marco teórico, siempre se mostró abierta y dispuesta al empleo de estrategias terapéuticas que contribuyeran al mejor manejo del dolor o que se integraran en los cuidados paliativos.

Desde se marco teórico recibí retroalimentación y algunas pautas para mejorar mis intervenciones. Durante las supervisiones siempre se mostró ocupada de nuestro bienestar psicológico.

En cuanto a la supervisión académica, fue constante y oportuna, proporcionándome herramientas útiles para la práctica clínica cotidiana. Así como motivándonos y asesorándonos para proponer y tener un papel más activo en el equipo inter disciplinario en el que nos estábamos formando.

De las actividades profesionales realizadas: Sin duda la oportunidad de realizar el segundo año de la residencia en este instituto, fue enriquecedora y completo la formación que inicié en el Hospital general de Atizapán, pues al término de este año, pude tener una visión más amplia de la atención de la salud en México y de las posibilidades de acción que los psicólogos interesados en esta área tenemos, planteándome el reto de lograr el equilibrio entre la teoría y la práctica y contribuir a que la Medicina Conductual, logre ser la especialidad que se integre en cualquier equipo de salud.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

PRIMER AÑO

En general este primer año fue muy enriquecedor, aún cuando me hubiera gustado contar con una supervisión más consistente, que me permitiera consolidar más conocimiento, la experiencia hospitalaria fue determinante para conseguir avances en mi formación clínica.

Mis sugerencias son las siguientes:

- Estructurar la supervisión académica, de modo que haya tiempo para revisar la teoría, casos clínicos, y la salud laboral del residente
- En cuanto a la salud laboral del residente, sugiero la creación de un espacio, donde además de recibir información de cómo cuidarnos ante situaciones críticas hospitalarias, exista la posibilidad de monitorear nuestros pensamientos y emociones.
- Mayor comunicación entre la supervisión in-situ y la académica.
- Estructurar la consulta externa de Psicología dentro del Hospital, de modo que aunque sean pocos pacientes los que se puedan atender, se les pueda proporcionar continuidad.

SEGUNDO AÑO

El segundo año de residencia me permitió consolidar conocimientos que adquirí a lo largo de la Maestría, ya que con el apoyo, del equipo completo de la Clínica del dolor y los supervisores, pude poner en práctica la medicina conductual.

Mis sugerencias son las siguientes:

- Mayor tiempo de supervisión académica que contemple estrategias de auto-cuidado como Psicólogos que trabajamos en el ambiente hospitalario
- Con base en las experiencias de generaciones pasadas, estructurar programas de intervención que si bien sean flexibles a las aportaciones de los nuevos estudiantes permitan dar continuidad al trabajo psicológico antes ofrecido.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J. Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.& Ferrer, M. (1998). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y salud percibida. *Medicina Clínica*, 111, 580-582.

Arranz, P., y Martínez, M.V. (2000) La comunicación con el paciente en fase terminal. En M. Die y E. López (eds) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos* 29-41. Madrid: Aula de Estudios Sanitarios.

Baca, E., Díaz-Sastre, D., Severino, A. y Saiz, J. (2000) Impulsividad, agresividad y conducta suicida. *Aula Médica psiquiátrica*, 5, 259-289.

Barnes, P. (2000). Chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal Medicine*, 343, 269-280.

Barragán-Berlanga, Mejía-Arango, Gutiérrez-Robledo (2005) Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública México*.49, 4.

Bayes, R. (1995) *Sida y Psicología*. Barcelona. Martínez y Roca.

Bayes, R., Barreto, P., Comas, M.D., y Limonero, J.T. (1995) Evaluación del grado de bienestar-malestar al acercarse el momento de la muerte en pacientes enfermos oncológicos, hospitalizados y atendidos en su domicilio. *Medicina Paliativa*, 2, 56.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., and Steer, R. (1988) An inventory of measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 893-897

Beck, A., Steer, A., Garbin, G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100.

Bonica JJ. (1990) Definitions and taxonomy of pain. En Bonica JJ. *The management of pain*. 2nd edition. Philadelphia: Lea & Febiger. 18-27.

Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. (1989) The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 37, 215-222.

Byrnes, D.M., Antonil, M.H., Goodkin, K., Efantispotter, J., Asthana, D., Simon, T., Munnaj, J., Ironson, G., Fletcher, M.A. (1998). Stressful events, pessimism, natural killer cell cytotoxicity, and cytotoxic/suppressor T cells in HIV+ black women at risk for cervical cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 714-722.

Blanco-Picabia Alfonso (1993) *Apuntes de Intervención Psicológica en medicina*. PROMOLIBRO.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.

Cabodevilla, I. (2000) Psicoterapia de apoyo durante la fase terminal. En M. Die, y E. López (Eds) *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos* 269-288. Madrid; Aula de Estudios Sanitarios.

Calvo Piñero, N. (1996) Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento de diálisis. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 17, 172-184.

Cancio López, H. (2000) La Hipnosis. En M. Die, y E. López (Eds) *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos* 327-334. Madrid; Aula de Estudios Sanitarios.

Caporale, B. (2000) Aspectos psicológicos en pacientes en diálisis peritoneal. I Congreso de Nefrología en Internet

Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx//00cifras/5.htm>

Diago Torrent, J.L. Colomes Figueras, LI, Ors Soler, E. (1987) Epistemología, prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. Medicina Integral. 10, 9.

Die (2000) La evaluación psicológica del paciente e fase terminal. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. 145-158

Dupont, E.H. (1991). Fear of AIDS among intravenous drug users in London and New York. The International Journal of the Addictions, 26, 203-212.

Echave-Sustaeta, Villena Garrido, Pérez González V, (2002) Nuevos avances en el Tratamiento de la EPOC, Información Terapéutica del sistema Nacional de salud, 26, 34-44

Esteve Z. R., Ramírez M. C. (2003) El desafío del dolor crónico. Ediciones Aljibe

Fernández, Santiago, Vila Cautelar. (1991) Trastornos coronarios. En J. Gil Robles; T. Ayllon (eds) Medicina Conductual vol. I Universidad de Granada: Ciencias de la Salud.

Fordyce, W. E. (1976), Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness, St. Louis, Mosby.

Fornells, J.M., Borrás J.M., (1987) El tabaco como factor de riesgo coronario. Atención Primaria. 4,1.

Gallar, M. (1998) Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid; Paraninfo

Garabetyón, E. (2000) Como afrontar la depresión de los jóvenes con problemas de riñones. Toledo; Alcer 31 (julio-agosto)

García Huete, E. (1991) Intervención en trastornos cardiovasculares. En G. Buela Casal. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI de España

García Huete (1993) Papel del psicólogo en un equipo de salud cardiovascular. En Simón, M.A. (Ed). Aplicaciones clínicas y estrategias de Intervención. Pirámide. Madrid

García Huete (1993) SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid:Eudena

García Moll, M., Tomas C., Bayes de Luna (1983) Cardiopatía isquémica. En A. J. Bayes, Cardiología, Barcelona; Salvat.

Gomez-Batiste, Borrás Fontanal, Stjernsward y Trías (1995) Palliative Care in Catalonia 1990-1995. Palliative Medicine, 6, 321-327.

México, (2004) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de defunciones 2002. Salud pública de México 46,2.

Herr KA, Garand L. (2001) Assessment and measurement of pain in older adults. Clinical Geriatrics Medicine 17, 457-478.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez L. Rodríguez F., Loperena V., Varela R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental, 21, 3, 26-30.

Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., Hood, H.V., Kilgore, H., Smith, J.E., Mc Neill J.R. (1990). Psychological Factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 117-120.

Kübler-Ross E. (1969) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalbo.

Kumate, J., Wachter, N., Gamiochipi, M., Cruz, M., y García Y., (2004) *Medicina Conductual y auto cuidado de la diabetes mellitas tipo 2*. En G. Rodríguez (Ed) *Medicina Conductual en México* 317-342 México; Porrúa.

Laperriere, A., Antoni, M., Fletcher, M.A., Schneiderman, N. (1992). Exercise and Health Maintenance in HIV. En M.L. Galantino (Ed.) *Clinical Assessment and Treatment of HIV. Rehabilitation of a Chronic Illness* 65-76

Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

Lara A. (2003) *Anestesiología Latina. Cuidados Paliativos*, disponible en: http://www.prodigyweb.net.mx/galaxis/cuidados_paliativos.htm

Lew, S., Piraino, B. (2003) Quality of Life and Psychological Issues in Peritoneal Dialysis Patients *Seminars In Dialysis* 18, 2, 119–123.

Limonero, J.T., Bayes, R. (1995) bienestar En el ámbito de los enfermos en situación terminal. *Medicina Paliativa*, 2, 53-59.

Maeland, J.G y Havik, O.E. (1997) The effects of an In-hospital educational programme for myocardial infarction patients. *Scandinavian Journal of rehabilitation medicine*, 19, 57-65.

Matarazzo, J.D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35, 9, 807-817.

Matarazzo, J.D. (1982) Behavioral health's challenge to academia, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Mateo, D., Comas, M.D., Schroeder, M. (1995) Evaluación del impacto emocional y el proceso de adaptación en enfermos paliativos. *Medicina Paliativa*, 2, 56.

Medina-Mora M (2002) Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México, DF: Secretaría de Salud

Miller, G.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Cole, S.W., Visscher, B.R. (1997). Social relationships and immune processes in HIV seropositive gay and bisexual men. *Ann. Behavioral Medicine*, 19, 2, 139-51.

Miro J. (2003) Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Editorial Desclee de Brouwer.

Monsalve Dolz, V. (1997) Intervención Psicológica en el dolor crónico, en L.M. Pascual Orts y R. Ballester Anal (eds). *La Práctica de la Psicología de la Salud. Programas de intervención*. Valencia Promolibro 93-124.

Murguía Pérez, C. (2001) Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2, bajo la óptica del modelo transteórico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM-México.

Muñoz, F.A. (1999) Intervención psicológica en el suicida extra hospitalario. *Psiquis*, 20, 5, 203-206.

Nonker, F., Sierra, J.C. (1993) Intervención conductual en los trastornos respiratorios. *Psicología Conductual*, 1, 2, 271-282.

Ordax, J., Delas, J., Mc Ky, S., (1992) Factores de riesgo de las coronariopatías y accidentes cerebro vasculares. JANO XLIII, 1015.

CENSIDA. Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México; 2003. CENSIDA. Available from URL: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>

Parmet, S. (2003). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). JAMA, 290, 2732

Pastor, M.A. (1995). El dolor, en J.M. La Torre (ed.) Ciencias Psicosociales aplicadas II, Madrid, Síntesis 109-124.

Prochaska, J.O y Di Clemente, C. C. (1983) Stages and process of self-change of smoking toward and integrative modelo f change. Journal of consulting and clinical Psychology, 51; 390-395.

Philips, H.C. (1991) El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid Piramide.

Robles, R., Varela R., Jurado S., Paez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. Revista Mexicana de Psicología, 18, 2, 211-218.

Rodríguez-Marín, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis

Ros, S. (1998) La conducta suicida. Arán Madrid.

Sarafino, E.P. (1990) Managing and controlling clinical pain, en Health Psychology. Biopsychosocial interactions, Nueva York, John Wiley and Sons. 381-408.

Sparagon, B., Friedman, M., Breall, W.S. Goodwin, M.L., Fleischman, N., Ghandour, G. (2001) Type A behavior and coronary atherosclerosis. Atherosclerosis, 156, 1, 145-149.

Sebregts, E.H., Falger, P.R. Bar, F.W. (2000) Risk factor modifications through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic research*, 48, 317-320.

Segundo consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Edición especial del INER y de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, abril de 2003

Secretaría de Salud (SSA) Boletín epidemiológico. México. Disponible en línea <http://www.ssa.gob.mx>

Schwartz, G. y Weiss, S. (1978) Yale conference on Behavioral Medicine. A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 1, 3-12.

Schroder, M., y Comas, M.D. (2000) Atención psicológica del enfermo oncológico en situación avanzada/terminal. En F. Gil (Ed.) *Manual de Psico-Oncología* p.p 173-209. Madrid: Nova Sidonia

Skevington, S.M. (1995). *Psychology of pain*. Oxford, England: John Wiley & Sons. xi, 348 pp

Strain, J.J. (1981) Impediments to psychological care of the chronic renal patient. *Psychonephrology* 1 Psychological factors in hemodialysis and transplantation. Nueva York: Plenum Medical Book.

Solomon, G.F., Temoshok, L. (1990). A psychoneuroimmunologic perspective on AIDS research: Questions, preliminary findings and suggestions. En A. Baum y L.Temoshok (Eds.), *Psychosocial Perspectives on AIDS* 239-2258

Stjernswärd J. (1993) *Palliative Medicine. A global perspective*. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford UK: Oxford University Press 803-15.

Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. (2004) The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 10, 361-368.

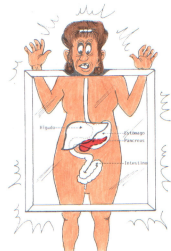
Tulupule, T.H. y Tulpule, A.T. (1990) Yoga, a method of relaxation for reahabilitation after myocardial infarctation. *Index Heart Journal*, 32, 1-7.

Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002) Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 678-690.

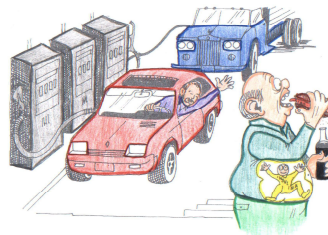
Weissman MM. (1974) The epidemiology of suicide attempts,. *Archives General of Psychiatry* 30, 737-746

Anexo 1: Manual para diabéticos

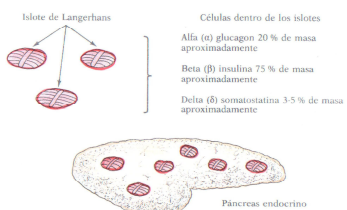
¿Qué es la diabetes?



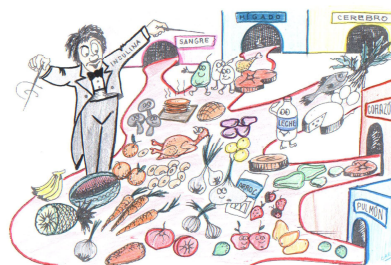
¿Qué es la diabetes?



¿Qué es la diabetes?



¿Qué es la diabetes?



¿Qué es la de diabetes?



¿Qué es la diabetes?



Anexo 1: Manual para diabéticos

Posibles síntomas de la diabetes



Posibles síntomas de la diabetes



Posibles síntomas de la diabetes



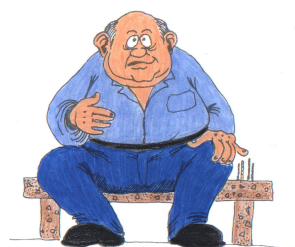
Posibles síntomas de la diabetes



Causas de la diabetes



Causas de la diabetes

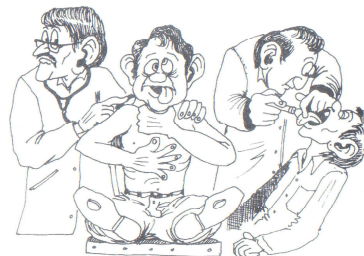


Anexo 1: Manual para diabéticos

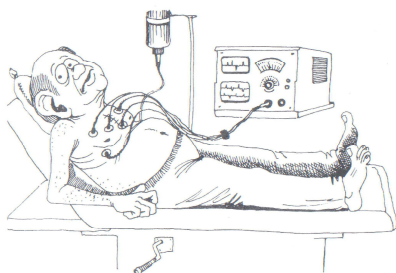
Causas de la diabetes



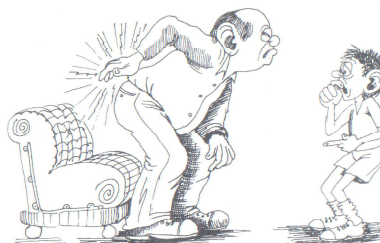
Posibles complicaciones



Posibles complicaciones



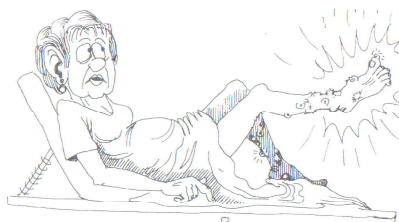
Posibles complicaciones



Posibles complicaciones

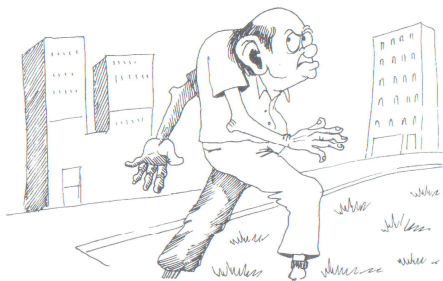


Posibles complicaciones



Anexo 1: Manual para diabéticos

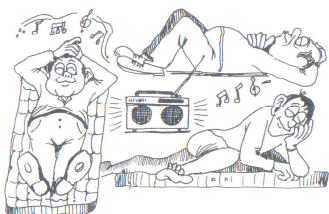
Posibles complicaciones



Prevención de complicaciones



Prevención de complicaciones



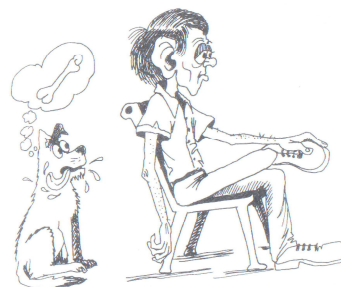
Prevención de complicaciones



Importancia de la alimentación

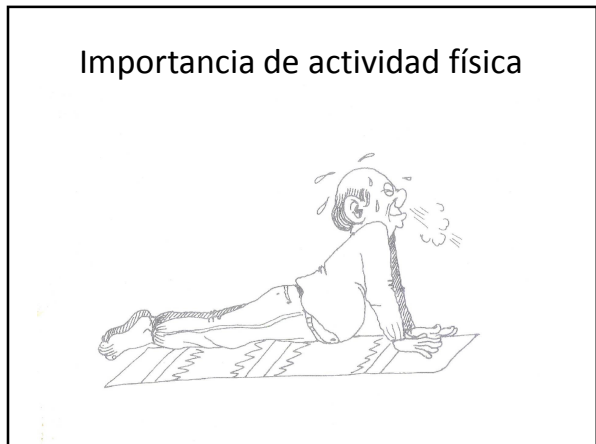


Importancia de la alimentación



Anexo 1: Manual para diabéticos

Importancia de actividad física



Importancia de la actividad física



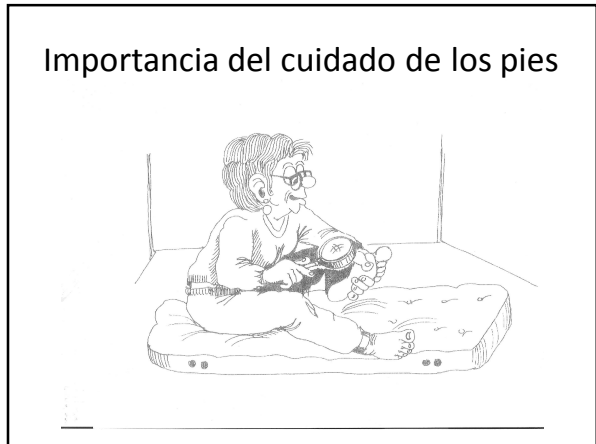
Importancia de los medicamentos



Importancia de los medicamentos



Importancia del cuidado de los pies



¿Qué pasa con las emociones?

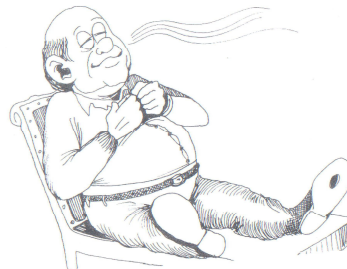


Anexo 1: Manual para diabéticos

¿Qué pasa con las emociones?



¿Cómo podemos manejar las emociones?



¿Cómo podemos manejar las emociones?



¿Cómo podemos manejar las emociones?



Importancia de las relaciones interpersonales



Anexo 2 Inventario de Depresión de Beck

Nombre:	
Fecha:	Edad
Sexo:	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:
Dx médico:	Dx algológico:
Tiempo de evolución:	EVA:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en la que usted se sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | |
|---|
| 0 Yo no me siento triste |
| 1 Me siento triste |
| 2 me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo |
| 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo |

- | |
|---|
| 0 En general no me siento descorazonado por el futuro |
| 1 Me siento descorazonado por mi futuro |
| 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro |
| 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar |

- | |
|--|
| 0 Yo no me siento un fracasado |
| 1 Siento que he fracasado más que las personas en general |
| 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos |
| 3 Siento que soy un completo fracaso como persona |

- | |
|---|
| 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo |
| 1 Yo no disfruto de las cosas de la misma manera como solía hacerlo |
| 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada |
| 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo |

0 En realidad no me siento culpable
1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
Me siento culpable todo el tiempo

0 Yo no me siento que este siendo castigado
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado

0 Yo no me siento desilusionado de mi mismo
1 Estoy desilusionado de mi mismo
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me crítico a mi mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede

0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estarlo
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
- 3 Creo que me veo feo (a)

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que hago me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
- 2 Mi apetito esta muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1 He perdido mas de dos kilogramos
 - 2 He perdido mas de cinco kilogramos
 - 3 He perdido mas de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- SI NO

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menso interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo 3 Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre:	
Fecha:	Edad
Sexo:	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:
Dx médico:	Dx algológico:
Tiempo de evolución:	EVA:

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				