



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

HABILIDADES SOCIALES Y ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ EN
RESIDENTES DE ALGOLOGÍA

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
S A L O M Ó N B E L L O C A R M O N A**

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO
CÓMITE TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DR. URIAH GUEVARA LÓPEZ
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA
DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

*Reporte de Experiencia Profesional en Hospital Juárez de México,
servicio de Transplante Renal.*

Protocolo de valoración específica para pacientes pediátricos	20
Aspectos pertinentes a la sede	35
Descripción de actividades	37
Conclusiones	46
Referencias	50
Apéndice A: Caso Clínico	53
Apéndice B: Ejemplo de Reporte de Evaluación Psicológica de Receptor de Transplante Renal de Donador Cadavérico	61
Apéndice C: Ejemplo de Reporte de Evaluación Psicológica de Receptor de Transplante Renal de Donador Vivo Relacionado	64
Apéndice D: Ejemplo de Reporte de Evaluación Psicológica de Donador de Transplante Renal	67
Apéndice E: Entrevista Estructurada para Trasplante Renal, Valoración Psicológica de Receptor	69
Apéndice F: Entrevista Estructurada para Trasplante Renal, Valoración Psicológica de Donador	XX
Apéndice G: Pruebas psicológicas para valoración específica de pacientes Pediátricos	xx

*Reporte de Experiencia Profesional en el Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.*

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Habilidades sociales y entrevista de primera vez en residentes de Algología	69
Método	90
Resultados	93
Discusión	94
Aspectos pertinentes a la sede	108
Descripción de actividades	109
Conclusiones	117
Referencias	119
Apéndice A: Lista de Chequeo de Habilidades Sociales y de Comunicación	125

Reporte de Experiencia Profesional en Hospital Juárez de México – Servicio de Transplante Renal.

Protocolo de valoración específica para pacientes pediátricos

Salomón Bello Carmona

Universidad Nacional Autónoma de México

En México se cuenta con 406 programas activos de transplante de órganos y tejidos, distribuidos en instituciones públicas y privadas, siendo los programas de transplante renal y córnea los más relevantes en número, con 123 y 117 respectivamente, significando además el 60% del total de los programas. Los trasplantes de riñón se llevan a cabo en 24 estados de la república, destacando los estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y el Distrito Federal, agrupados en 20 hospitales, mismos que son los responsables de la realización del 77.22% de trasplantes renales a nivel nacional (Dib, Aburto, Espinosa y Sánchez, 2005).

A nivel mundial, el primer transplante renal de donador vivo fue realizado por Küss, Teinturier y Milliez en 1951 en Francia; utilizaron un riñón libre y lo trasplantaron en una mujer de 44 años, obteniendo un funcionamiento temporal no mayor de 30 días. Tres años después, en 1954, se realizaba el primer transplante renal exitoso en Boston, al utilizarse el riñón del hermano gemelo del receptor (Pérez, 2005). En México el primer transplante renal exitoso, fue realizado en la ciudad de México, en 1963, en el Centro Médico Nacional del IMSS, y en 1974 se comienza a realizar este procedimiento en el ISSSTE. Posteriormente en Jalisco se realizan en 1976 y en 1985 los primeros trasplantes exitosos de donador vivo relacionado y donador cadavérico respectivamente.

Desde que Voronoy injertó por primera vez un riñón en 1933, en Khersov en la URSS; Chicago, Londres, París y otros centros realizaron múltiples procedimientos de transplante en humanos, aunque todos estos procedimientos fueron infructuosos y la mayor parte se realizaron en condiciones que hoy serían éticamente inaceptables. Por lo que, desde que se hizo factible el hecho de tomar un órgano o tejido ajeno, para ayudar a otro a recobrar la salud, no sólo las leyes contemporáneas, los códigos morales y las religiones tuvieron que responder a la nueva práctica adoptada por la medicina, sino que esto también enfrentó a los médicos a una nueva manera de ejercer la medicina (Reyes, 2005).

En tal virtud, el pensamiento y el actuar de los médicos han tenido que evolucionar en algunos casos, adaptarse y resignarse en otros, pero teniendo siempre presente la ética médica, que es el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de salud, dirigidos a cumplir con los objetivos de la medicina, influenciada por antiguos códigos como el de Hammurabi, el Juramento Hipocrático, el Corpus Hipocraticum o los textos de Sun szu miao (Reyes, 2005).

En México los esfuerzos de décadas, dieron por resultado que en 1999 se conformara el Consejo Nacional de Transplantes, y en el 2000 el Centro Nacional de Transplantes (CENATRA), el último creado con la finalidad de desarrollar un sistema y operar un programa que permitiera la actuación oportuna y eficaz del personal en distintas instituciones y centros hospitalarios, con una filosofía humanista contemplando lineamientos que faciliten la donación y el transplante de órganos y tejidos. Coordinando también acciones, ya sea con instituciones hospitalarias públicas y privadas autorizadas (Dib et al., 2005).

Así mismo en México la Ley General de Salud en el artículo 338 establece que el CENATRA tendrá a su cargo el Registro Nacional de Transplantes (RNT), el cual asume la tarea de compilar y actualizar:

1. Datos de los receptores, donadores, fechas de transplante, su realización y evolución
2. Establecimientos autorizados
3. Profesionales que intervengan en esta disciplina

4. Listas de espera
5. Casos de muerte cerebral

Posteriormente en agosto de 2002, el Centro Nacional de Transplantes determinó crear el Módulo de Asignación y Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos, siendo sus funciones principales:

1. Coordinar, supervisar y apoyar la logística de los procesos de donación de órganos y tejidos a nivel nacional
2. Verificar que la asignación se realice de acuerdo con los criterios que establece la Ley General de Salud
3. Recabar información de los procesos de donación y asignación a nivel nacional
4. Formular la estadística de estos

En resumen el CENATRA ha llevado a cabo la coordinación de un total de 575 donaciones de agosto del 2002 a octubre del 2004, obteniéndose un total de 1920 órganos y tejidos donados en este periodo. Entre 1999 y 2003 se ha visto un incremento del 372% de transplantes de riñón, al realizarse 392 en 1999 y 1461 en 2003. De enero de 2000 a octubre de 2004, lo más sobresaliente fue el incremento del porcentaje de transplantes procedentes de donador cadavérico, donde de 13.49% aumentó a 24.57% en ese período, creciendo la tasa por millón de habitantes de 2.05 a 2.89 (Dib et al., 2005).

Sin embargo en países como México, donde el transplante es la alternativa de elección para el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, la población que requiere recibir el transplante de un órgano o tejido ha aumentado vertiginosamente y la demanda rebasa por mucho el número de órganos de los que se dispone (Dib et al., 2005; Pérez, 2005). Según Pérez (2005) la existencia de muchos más receptores potenciales de transplantes que órganos accesibles, sugiere la necesidad de implementar algunos principios que regulen la selección de los receptores, como los de eficiencia o utilidad y justicia o equidad, aspirando así a mayores años de sobrevida del receptor, años de sobrevida del transplante, mejoras en el estado psicológico del trasplantado o en la calidad de su vida postransplante; además de considerar la antigüedad en la lista de espera, la urgencia del caso y las probabilidades de éxito.

Por su parte la Ley General de Salud mexicana expresa en su artículo 336, que para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta aspectos como la gravedad del receptor, la oportunidad del transplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor; y los demás criterios médicos aceptados, establecidos en el artículo 40 del reglamento, cómo poseer un padecimiento que pueda tratarse de manera eficaz por medio del transplante, no presentar otras enfermedades que pudieran interferir con el transplante, tener una condición física y mental que permita suponer que tolerarán el transplante y su evolución, ser compatibles con el donador del órgano, no estar embarazada, en el caso de las mujeres, y expresar su voluntad por escrito (Reyes, 2005).

Cabe señalar que cada proceso de donación es diferente y que éstos son complejos por la diversidad de criterios clínicos estipulados por los médicos responsables de los programas, encargados de cumplir con los criterios establecidos por la Ley General para la asignación de órganos y tejidos. Sin embargo los transplantes de órganos, son muchas veces lo único que por ahora puede corregir los graves problemas, creados por algunas enfermedades crónicas, que tarde o temprano conducen a insuficiencias funcionales difíciles y costosas de combatir, como la renal, y que inevitablemente terminan con la vida de los pacientes. Así pues, la mejor terapia actual de las enfermedades que destruyen en forma irreversible distintos órganos, como las nefropatías crónicas al riñón, es la sustitución del órgano dañado y caduco por uno sano (Pérez, 2005).

Debido a lo anterior la enfermedad renal crónica terminal, representa un problema de gravedad por su elevada prevalencia, así como por su importante morbilidad y mortalidad cardiovascular, con los costes sociales y económicos que esto implica. La insuficiencia renal crónica, es un proceso fisiopatológico con múltiples etiologías, que resulta en una disminución significativa tanto del número, como de la función de las nefronas y, que generalmente progresa hacia insuficiencia renal crónica terminal (Sánchez, Ostrosky, Morales, Alberu, Nicolini y García, 2008). La insuficiencia renal puede ser *aguda o crónica*. La *insuficiencia renal crónica (IRC)*, es la pérdida gradual e irreversible de la función renal; no indica necesariamente lesión anatómica del riñón, mientras la *insuficiencia renal aguda*, se presenta bruscamente por intoxicación o infección bacteriana del glomérulo, la pérdida de mucha sangre y algunos

medicamentos o sustancias venenosas también. El daño en la insuficiencia renal aguda suele ser reversible, en cambio el estado en el cual la insuficiencia es total, o casi total y permanente, se llama crónica terminal.

La diabetes y la hipertensión arterial son la causa en las dos terceras partes de la gente que presenta insuficiencia renal crónica, siendo éstas, las causas más comunes de insuficiencia renal crónica; aunque se puede considerar como causa, cualquier enfermedad que genere una pérdida gradual de la función renal, empeorándola lentamente hasta un estado terminal. La glucosa en sangre puede ocasionar nefropatía diabética, es decir, un daño a las nefronas, mientras que la hipertensión arterial puede lastimar los pequeños vasos sanguíneos de los riñones provocando que los vasos dañados no puedan filtrar adecuadamente las sustancias venenosas de la sangre.

Según Mushnick (2005), entre las principales causas de la insuficiencia renal crónica terminal se encuentran: 1) *Glomérulo nefritis*, que es la inflamación de las estructuras internas del riñón (glomérulos) por el deterioro en la filtración, lo que ocasiona que las proteínas y la sangre se vayan a la orina; puede ser reversible y temporal o volverse crónica, puede causar también hipertensión; 2) *Enfermedad renal poliquística o poliquistosis*, que consiste en un problema hereditario que provoca el alargamiento de los riñones y la interferencia en sus funciones por la presencia de múltiples quistes, provocando presión arterial alta, infecciones en los riñones y el aumento en la producción de glóbulos rojos; 3) *Síndrome de Allport*, desorden hereditario que destruye los glomérulos disminuyendo la efectividad de la filtración, acumulándose desperdicios y fluidos en el cuerpo, sangre en la orina y en algunos casos pérdida de la audición y defectos oculares; 4) *Nefropatía refleja*, que es el daño en los riñones, por el regreso de la orina hacia ellos debido al mal funcionamiento de las válvulas en los uréteres, lo cual puede generar infecciones renales, si la vejiga está infectada o si la orina tiene bacterias puede generar infecciones renales; 5) *Uropatía obstructiva*, consistente en el bloqueo del flujo de la orina por una obstrucción en los riñones o uréteres, lo que origina que se regrese a los riñones y los dañe; la obstrucción puede ser causada por piedras (conjunto de cristales en una masa sólida, pueden ser de calcio, fosfato, carbonato, ácido úrico, etc.), tumores en el tracto urinario, fibrosis retro peritoneal, hiperplasia prostática benigna, cáncer de colon, cervical o uterino o cualquier cáncer que haga metástasis; 6) *Nefropatía analgésica*, en la cual ocurre un daño en las

estructuras internas de los riñones por una exposición crónica y prolongada a una mezcla de medicamentos, especialmente los analgésicos; por ejemplo, se ha descubierto que productos en los que se combinan aspirina, paracetamol (acetaminofeno) y otros medicamentos, como ibuprofeno, son los más peligrosos para los riñones (NKUDIC, 2003); y 7) *Lupus y otras enfermedades que pueden afectar el sistema inmunológico.*

Por su parte la National Kidney Foundation (2003), establece que los principales factores de riesgo para la insuficiencia renal crónica, son la diabetes y la hipertensión, sin embargo una historia familiar de insuficiencia renal crónica, edad avanzada, sobrepeso y sedentarismo, son también factores de riesgo por su influencia indirecta en el desarrollo de la diabetes y la hipertensión. Finalmente establecen que otro factor de riesgo puede ser el grupo étnico, ya que la insuficiencia renal crónica terminal es más frecuente entre afroamericanos, hispanoamericanos, asiáticos o habitantes de las islas del Pacífico e indios americanos. Por lo que entre otras cosas es recomendable seguir los tratamientos prescritos para la hipertensión y la diabetes, evitar el sobrepeso siguiendo una dieta saludable y practicando ejercicio regular, dejar de fumar, limitar la ingesta de cerveza, vino y licor y evitar tomar grandes cantidades de medicinas que calman el dolor.

A su vez la presencia y severidad de los signos y síntomas de la insuficiencia renal crónica varían, dependiendo de la magnitud de la reducción del funcionamiento renal y la rapidez con que se ha perdido. En las primeras etapas la insuficiencia renal crónica terminal es asintomática y compatible con estados de falsa salud, de hecho los síntomas pueden aparecer cuando la capacidad de los riñones se ha reducido en un 90%, manifestándose con dolores de cabeza frecuentes, cansancio o picazón en todo el cuerpo.

Según McGee (2005), la primera fase de la enfermedad inicia cuando el índice de filtración glomerular está reducido, pero no menos del 35 al 50% de lo normal; los síntomas iniciales son, la pérdida de peso, náusea y vómito, una sensación general de enfermedad, fatiga, dolor de cabeza, hipo frecuente y prurito. En una etapa posterior los síntomas se pueden evidenciar en el aspecto general y la piel, mediante enflaquecimiento, palidez o un aspecto blanco anormal con oscurecimiento de ciertas partes de la piel, sequedad y presencia de sudor de urea; en el sistema digestivo, con sed

excesiva, mal aliento, disminución del apetito, polidipsia, ganas de orinar por la noche, sensación de sequedad y ardor en la boca y diarrea. Igualmente en ésta fase se presentan síntomas de fatiga, apatía, falta de iniciativa, somnolencia, letargo, habla en voz baja y confusa, arrastrando las palabras, dificultad para la concentración, dificultad para dormirse, cefalalgia frecuente, agitación, calambres o temblores en músculos, debido a la hipocalcemia, pérdida de sensibilidad en manos, pies y otras áreas, pies y tobillos hinchados.

En la tercera etapa, donde el índice de filtración glomerular está por debajo del 20 al 25% de lo normal, los principales síntomas son un aumento en la pigmentación de la piel, ésta se vuelve amarilla o café, hay resequedad y prurito, lo cual puede generar infecciones; el volumen de orina disminuye o puede ser nulo, hay facilidad para sangrar o salir moretones, se puede hallar sangre en vómito o evacuaciones, existen anomalías en las uñas, hay dificultades sexuales como la disminución de la libido, la impotencia, la infertilidad, la irregularidad en la menstruación y aborto, en el caso de las mujeres.

Entre los signos más comunes de la presencia de insuficiencia renal crónica se encuentran, la anemia, hipopotasemia e hipocalcemia, polineuropatía, acidosis metabólica, azotemia, hiperfosfatemia, hiperglucemia e incremento de los niveles de creatinina; desórdenes en el metabolismo de la vitamina D, sobreproducción de algunas hormonas y sobrecarga de líquidos; fallo en la capacidad de producir una orina concentrada, poliuria con orina de baja intensidad (hipostenuria) o de densidad fija (isostenuria); disminución del tamaño de los riñones bilateralmente debido a la pérdida de la masa de las nefronas; arritmias, dilatación cardíaca, soplo sistólico en punta, caída de la tensión sistólica, insuficiencia cardíaca y paro del corazón en diástole.

Sin embargo según McGee (2005) en un nivel de prevención primaria, cuando hay desconocimiento de la presencia del padecimiento pero la persona presenta factores de riesgo, como hipertensión, diabetes o algún familiar cercano con insuficiencia renal, es importante la realización de chequeos médicos, como prueba de orina, para medir niveles de urea, medición y control de la presión sanguínea, prueba simple de proteínas en la orina, examen de sangre simple de creatinina, la cual es una sustancia de desecho que proviene de la actividad muscular. También es posible realizar un ultrasonido, una

tomografía computarizada o la producción de imágenes por resonancia magnética para obtener una foto de los riñones y del tracto urinario, con el fin de observar su tamaño, la presencia de tumores o cálculos o si hay un problema estructural en los riñones o el tracto urinario; se puede realizar una biopsia, en algunos casos con el fin de identificar la presencia de un tipo específico de insuficiencia renal, ver el grado del daño y planear el tratamiento.

Una vez que los riñones han sufrido un daño completo o casi completo al punto en que tienen una capacidad funcional menor al 10% se establece, como mencionamos anteriormente el diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal; misma que según Mushnick (2005) puede ser mortal si no se trata debido a la acumulación de líquidos y productos de desecho en el cuerpo o a las diversas complicaciones que conlleva. Lo anterior debido a que la evolución de la enfermedad de los riñones se puede desacelerar, pero no contrarrestar por completo. De tal forma que el tipo de tratamiento depende de la fase de insuficiencia renal en la que se encuentre la persona y de otros problemas de salud. Las principales opciones de tratamiento consisten en transplante de riñón o diálisis; de esta última existen dos tipos: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

Ambas técnicas de diálisis son efectivas, incluso hay pacientes que reciben los dos tipos de tratamiento en alguna etapa de su enfermedad. La diálisis peritoneal realiza las funciones de filtrar la sangre y controlar los niveles de los líquidos; el proceso de la diálisis consiste en limpiar la sangre pasándola a través de una membrana natural, que está dentro del abdomen del paciente; en el caso de la hemodiálisis, la membrana es artificial y está fuera del cuerpo. Los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria pueden aprender a hacer este procedimiento por ellos mismos sin tener que ir al consultorio del médico cada vez. Por su parte el paciente al terminar el procedimiento de hemodiálisis, puede sentirse débil o cansado; Brantley y Hitchcock (1995), mencionan que las principales causas de muerte en pacientes sometidos a hemodiálisis son las enfermedades del corazón, el paro cardíaco y las infecciones.

Sin embargo como se menciona, la mejor terapia actual de las enfermedades que destruyen en forma irreversible distintos órganos, como las nefropatías crónicas del riñón, es la sustitución del órgano dañado y caduco, por uno sano (Dib et al., 2005). Para los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada, el transplante renal es el

tratamiento de elección, e incluso para algunos antes de que se requiera la diálisis (Cuellar y Correa, 2005). El trasplante de riñón consiste entonces en reemplazar las funciones perdidas de los riñones por medio de un trasplante de riñón. Este último es la opción que brinda al paciente la mayor posibilidad de independencia, sin embargo los pacientes se enfrentan a una serie de retos, entre los cuales están vivir con la expectativa de un rechazo del riñón, incluso a los pocos días de realizada la cirugía de trasplante, cambios drásticos en el estilo de vida durante los primeros meses de recuperación y un estricto seguimiento de medicamentos durante años.

Tener un problema renal puede convertirse en una fuente de estrés debido a los cambios en la salud física, en la familia, el trabajo y las amistades, aunados a las restricciones que la enfermedad y los tratamientos representan para llevar una vida normal y productiva. Por ejemplo, en el tratamiento por diálisis hay una interferencia clara con el empleo, con las actividades de tiempo libre y con las largas distancias a veces necesarias para llegar a los centros médicos. El paciente a su vez puede experimentar los efectos del desequilibrio dialítico, debidos a una rápida reducción de los niveles de urea en sangre al inicio del tratamiento, algunos de sus síntomas son confusión mental y alucinaciones; si no se controla, puede ocasionar convulsiones y la muerte. Se puede presentar también la demencia de diálisis, enfermedad progresiva fatal del sistema nervioso central, caracterizada por defectos motores y del habla, demencia y convulsiones (Brantley y Hitchcock, 1995).

Según Abraham y cols. (1971, citado en Velasco y Sinibaldi, 2001), se pueden distinguir cuatro fases en la evolución psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica, las cuáles son independientes del contexto social, familiar o del nivel intelectual. La primera fase, corresponde al estado en la *uremia terminal*; en ésta fase la evaluación psicológica del paciente resulta muy difícil pues a menudo experimenta un estado mental confuso, inversiones del ritmo *sueño – vigilia* y retardo en la ideación; debido en mayor parte a la presencia de la uremia. Las manifestaciones neurológicas ligadas a la uremia comprenden la encefalopatía urémica y la encefalopatía hipertensiva, en esta última, los pacientes presentan encefalopatía por descontrol severo de la hipertensión arterial sistémica (Sánchez et al., 2008). Otras consecuencias de la uremia pueden ser fatiga, apatía, dificultades en la concentración, depresión e inestabilidad psicológica. En ocasiones se acompaña de cierto grado de organicidad con

descoordinación motora o visual, además de trastornos en la atención. Algunos pacientes en esta fase siguen activos aunque con ciertas restricciones.

La segunda fase denominada *el retorno de entre los muertos*, ocurre durante las primeras semanas de diálisis, puede durar de uno a 6 meses. Etapa caracterizada por euforia donde la apatía y el decaimiento desaparecen con rapidez y el paciente experimenta una mejoría de los síntomas provocados por la uremia. El alejamiento del espectro de la muerte le provoca un gran alivio y puede presentarse alegría por vivir.

La tercera fase la denominan como *el retorno de entre los vivos*, y sucede después de determinado tiempo en que el paciente ya ha aprendido a conocer las ventajas y limitaciones del tratamiento, y debe enfrentar su nueva situación. Se siente débil, ansioso, resiente las presiones ejercidas por el medio, la familia y el equipo médico. Este periodo se inicia de manera repentina cuando se plantea la posibilidad de retomar las actividades previas al diagnóstico. Tal reincorporación al mundo exterior debe ser progresiva para que el paciente ponga nuevamente su vida en orden, para que resuelva los conflictos de dependencia – independencia así como los sentimientos de rechazo que la enfermedad generó.

Una vez que el paciente ha aceptado someterse a las diálisis, entra en la cuarta fase. Se cuestiona sobre la conveniencia de seguir viviendo al considerar las restricciones impuestas por la diálisis, el régimen dietético, los fármacos, etc.; las respuestas generales durante esta etapa suelen manifestarse por actitudes regresivas, depresivas o de negación. Las actitudes de negación pueden constituir reacciones que se utilizan como defensa para dominar la ansiedad, o un frente estoico de optimismo ante los múltiples problemas, aunque también pueden estar orientadas a negar el percatarse del deterioro, la incapacidad o la insatisfacción que la enfermedad produce al enfermo. Un ejemplo de esto es cuando al fallecer un compañero de diálisis, se le califica como un indisciplinado que no llevaba su tratamiento de manera adecuada, o bien, como un enfermo que en realidad ya no tenía ninguna oportunidad; todo esto con el fin de no reconocer la propia gravedad del padecimiento.

En los estados regresivos, el paciente reactiva comportamientos que en etapas previas le resultaron de utilidad por ejemplo; pedir a la familia o al equipo médico que sean ellos quienes se hagan cargo del problema de manera total, o exagerar su rol de

enfermo al exigir el máximo de atención por medio de actos de indisciplina, no ingiriendo los medicamentos o comiendo lo que tiene prohibido. En ocasiones el paciente puede intentar cambiar tales conductas, pero las influencias exteriores, como la familia, pueden anular sus débiles intentos por independizarse.

Las limitaciones progresivas impuestas, desencadenan por lo común los estados depresivos, mientras que la fatiga, la debilidad muscular, la menor capacidad de trabajo, las limitaciones financieras, la reducción de las funciones sexuales, el dolor y el malestar general, llegan a producir depresiones mayores, con el riesgo latente de que el paciente atente contra su vida, al conocer los medios para ponerla en riesgo. Según Goldstein y Reznikoff (1971, citados en Velasco y Sinibaldi, 2001), existe una incidencia de suicidios 400 veces mayor en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis que en la población general.

Finalmente después de años de tratamiento llega a aceptarse la enfermedad a través de una *aceptación activa*, que impulsa para el desafío y lucha contra la enfermedad aunque exista la sombra de la diálisis y su limitada utilidad. Sin embargo antes de alcanzar dicha aceptación, los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal también experimentan una serie de emociones asociadas al padecimiento, a su personalidad y a la influencia de factores ambientales. Algunas de ellas se presentan a continuación (Baxter International, 2005):

- *Shock*, al inicio del diagnóstico los pacientes y a veces los familiares y amigos, se quedan perplejos o con una sensación de separarse o apartarse de su propia vida, como si la observaran desde fuera.
- *Aflicción*, aparece generalmente después del *shock*, cuando la persona reconoce su situación, experimentando sentimientos de pérdida, desesperanza y desesperación. El paciente y sus familiares se pueden sentir abrumados por la realidad y tener dificultades para pensar claramente y crear un plan efectivo.
- *Negación*, tanto de la existencia de la enfermedad, como de sus implicaciones. Es útil cuando permite continuar la vida quitando la atención al padecimiento; sin embargo puede tener un efecto negativo, si repercute en el cuidado de la persona, cómo la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta y asistir a las citas médicas.

- *Enojo*, es un sentimiento común que se experimenta con facilidad. Puede ser positivo cuando se usa para centrar la energía en vivir plena y activamente. Pero puede tener un efecto negativo cuando se busca culpar a cualquier persona por tener la enfermedad; por ejemplo, al médico, creyendo que si hubiera dado un diagnóstico temprano, se hubiera prevenido el problema, o cuando el paciente se enoja con sus familiares cercanos o personas que lo quieren ayudar; lo que puede ocasionar que lo eviten, dejándolo aislado y solo.
- *Miedo*, también es normal sentirse asustado por la propia enfermedad, pero puede ir disminuyendo cuando se aprende más sobre el daño renal y cómo controlarlo. Además, puede existir miedo de afectar o cambiar la vida de sus parientes cercanos.
- *Culpa*, es común que los familiares, amigos o el propio paciente piensen “¿qué hice mal?, ¿por qué a mi?, no me lo merezco”.
- *Aceptación*, se presenta gradualmente, tanto la aceptación de la realidad como los cambios hacia una adaptación exitosa. Mientras más se conozca de la enfermedad y de las maneras para vivir con ella, la adaptación será más rápida.
- *Depresión*, es común entre los pacientes renales; el 50% de los pacientes dializados durante el primer año muestran un cuadro de depresión moderada (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). La percepción de pérdida de control de la propia salud y el grado en que la enfermedad interfiere con las actividades centrales de la vida, son factores importantes en el desarrollo de la depresión (Christensen y Ehlers, 2002). Sin embargo, la depresión también puede deberse a la propia uremia y/ o las intervenciones farmacológicas (Brantley y Hitchcock, 1995). Puede buscarse apoyo en grupo de personas con el mismo problema, donde se compartan las experiencias, pensamientos, emociones, etc., comunes entre ellos. Permitir que las personas significativas al paciente, se le acerquen y lo escuchen, o incluso pedirles que se alejen, si necesita un espacio de soledad para comprender y aceptar su padecimiento.

Según Velasco y Sinibaldi (2001), es importante recordar que las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica terminal, propician una reorganización familiar para brindar la atención y el apoyo necesarios al paciente. Esta reorganización constituye un esfuerzo por alcanzar el equilibrio ante condiciones adversas, sin embargo el problema surge cuando se incrementan la gravedad del padecimiento, la cronicidad o

los sentimientos de culpa con que se maneja la enfermedad; lo que propicia un funcionamiento rígido que limita de manera considerable el desarrollo de sus integrantes.

En familias donde el paciente es un adulto y donde la pareja es el cuidador primario, los roles que desempeñe el cuidador variarán dependiendo del género del mismo. Si la persona enferma es el esposo, será más probable que la mujer cuente con un amplio grupo de personas que la ayudarán con el cuidado del paciente; por ejemplo un hijo o un pariente de la familia extensa asumirán las funciones de la esposa, previas al padecimiento del cónyuge. Para la esposa, el problema no será hallar quien le brinde apoyo emocional tanto a ella como al enfermo, sino el aspecto económico.

Si la persona enferma es la mujer, el esposo generalmente delegará su cuidado a otra persona, concentrándose en su rol de proveedor. Se hará cargo de su esposa más desde un rol instrumental, lo que lo hará separarse de modo emocional y afectivo de la misma. Si decide convertirse en el cuidador primario, descuidará su trabajo y la estabilidad económica de la familia, contará además con un círculo menor de personas a quienes recurrir en caso de desear apoyo emocional.

En cualquiera de los dos casos, cuando la pareja se dedica a brindar toda la ayuda y apoyo necesario, a veces a costa de interrumpir sus actividades cotidianas, el aspecto económico puede representar un problema. Igualmente en ambas situaciones se forma una alianza cerrada, donde el cuidador generalmente brinda apoyo de tipo instrumental acompañado de cierto grado de desapego emocional, dado que existen rencor y sentimientos ambivalentes por parte del cónyuge sano hacia el enfermo, por lo demandantes y numerosos, que resultan los cuidados. A la vez el cuidador puede culparse por pensar y sentir de ese modo.

Así mientras las fronteras individuales de la pareja y los miembros de la familia se cierran, al estos impedirle al familiar enfermo comunicar sus sentimientos y emociones negativas; las fronteras intergeneracionales se vuelven permeables permitiendo que los hijos lleguen a formar una red de apoyo. Las fronteras con el mundo exterior tienden a cerrarse también, restringiendo todo tipo de contacto social, al espaciarse o desaparecer las visitas de las amistades y conocidos, aunque lo ideal para

un paciente con insuficiencia renal crónico terminal es que perciba que cuenta con una red de apoyo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Así pues, para la gran mayoría de los enfermos con insuficiencia renal crónico terminal, la toma de conciencia de que su vida se encuentra amenazada, así como la comprobación del deterioro físico y cognitivo observable debido a las complicaciones urológicas, nefrológicas y endocrinas, entre otras, representa una tarea difícil de sobrellevar. Más cuando los mismos tienen que aceptar las consecuencias secundarias negativas asociadas a la diálisis y hemodiálisis. Por lo tanto pueden presentarse respuestas como la depresión, el suicidio, la ansiedad, la fobia al tratamiento, un estilo de no adhesión pasiva a las prescripciones médicas, disfunción sexual, la pérdida de control personal, problemas psicosociales y la presencia de estresores agudos y crónicos.

De acuerdo con el United States Renal Data System del 2004, se predice que el número de individuos que estarán en diálisis en Estados Unidos se duplicará para el año 2010; no es de extrañar entonces, que la insuficiencia renal crónico terminal se ha convertido en un problema de salud pública, y aún cuando hay pocos datos para nuestro país, la prevalencia en México se muestra similar a la de los países desarrollados según Paniagua, Ramos, Fabian, Lagunas y Amato (2007, citados en Sánchez et al., 2008).

Como se nombró, en México se cuenta con 406 programas activos de trasplantes de órganos y tejidos, distribuidos en instituciones públicas y privadas, siendo los programas de trasplante renal uno de los más relevantes en número, con 123 programas. Los trasplantes de riñón se llevan a cabo en 24 estados de la república, agrupados en 20 hospitales, responsables de la realización del 77.22% de trasplantes renales a nivel nacional (Dib et al., 2005).

En una revisión casuística de diez años de trasplantes en un hospital en México, se obtuvo que de 146 trasplantes realizados, 58% fueron realizados a pacientes masculinos y 42% a pacientes femeninos; la edad promedio de los pacientes transplantados fue de 31.7 años; predominó el grupo sanguíneo O (+) presente en el 64% de los pacientes. Así mismo el 72% de los pacientes fueron tratados previamente con diálisis peritoneal continua ambulatoria; para el 68.8%, la etiología de la

insuficiencia renal crónica fue glomérulo nefritis. El tipo de donador que predominó fue vivo relacionado en 95.2%, frente a 2.4% de donador cadavérico; el 68% no presentó complicaciones; el 12% presentaron complicaciones médicas y el 20% complicaciones quirúrgicas, de las cuales el 9.6% fueron urológicas y el 10.4% vasculares. La mortalidad fue del 9.6% relacionada a la cirugía en 3.2%. La sobrevida del trasplante renal a cinco años fue del 56.25% (Cruz, Contreras, Jaramillo, Kaji, Adame, Manifacio y Landa, 2002).

Por su parte el programa de Trasplante Renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991. Desde entonces al año 2000 se han llevado a cabo 134 trasplantes, transplantado por donación cadavérica, aproximadamente 14 pacientes por año. Cabe señalar que éste hospital es uno de los hospitales que realiza más trasplantes por donación cadavérica en el país (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado y Reynoso, 2000).

Respecto a la Medicina Conductual, en un intento por mejorar la salud tanto física como mental plantea entre sus objetivos de intervención, intervenciones directas, mejoras en la intervención de los profesionales de la salud y mejoras en el cumplimiento o adhesión al tratamiento. Esta última considerada como el comportamiento que más influye en la sobrevida del injerto y de no presentarse es motivo de contraindicación para el trasplante renal. Debido a lo anterior en la etapa pretrasplante se ayuda con psicoterapias cognitivas conductuales, para lograr una mejor adherencia terapéutica a las indicaciones médicas y de fármacos prescritos, ya que en la etapa postrasplante se presentan, por lo general problemas de apego.

La terapia cognitivo conductual es una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica, ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente crónico.

Protocolo propuesta de valoración específica para pacientes pediátricos.

Para Lipkin y Cohen (1984) los niños desconocen lo que significa una enfermedad y son menos capaces que los adultos de manejar la frustración, le temen a lo desconocido y a lo que no entienden, pues han visto menos cosas, conocen menos y entienden desde otra lógica. Así también responden de la manera en que pueden hacerlo, llorando, empujando, manoseando, pateando y aventando cosas, pueden adoptar conductas regresivas como orinarse en la cama, rehusarse a comer, hablar igual que un bebé o hasta experimentar dos áreas de *agresión* según Raimbult y Velasco (citados en Velasco y Sinibaldi, 2001), una de tipo *interno*, proveniente de la sintomatología, manifestada en astenia, adinamia o ansiedad; y otra de tipo *externa*, debida a los tratamientos dolorosos, como diálisis o restricciones dietéticas.

Según Cole (1991) en el caso de los pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica, el primer elemento psicológico es el miedo, miedo a la muerte; los miembros de la familia se sienten impotentes e incapaces de hacer algo. Posteriormente el niño experimenta sentimientos generalizados de pérdida de control con incremento de la tensión entre los miembros de la familia. Las visitas continuas al especialista o las hospitalizaciones, alteran la interacción entre los familiares, la asistencia al trabajo e incrementan la presión económica. Del temor de la propia vida y la tensión, el niño pasa a sentirse una carga para la familia con la subsecuente pérdida de la valía. La imagen corporal del niño se ve también dañada por la disminución en el crecimiento, la coloración melanótica y el olor urémico creciente. Según Velasco y Sinibaldi (2001), niños mayores de 12 años se adaptan en menor grado, se enfrentan a oportunidades más restringidas de incorporarse a centros escolares o actividades propias de su edad y son más conscientes de sus limitaciones físicas y lo incierto de su futuro.

En los primeros días, al inicio del tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, los niños experimentan deterioro en el desempeño escolar con ausentismo, relaciones pobres con los compañeros, desarrollo de anorexia general, vómito y náusea matutina. Ocasionalmente desarrollan neuropatías urémicas y cardiopatías antes del inicio de la diálisis; también antes de la diálisis puede haber desnutrición considerable, osteoartropatía renal y falta de crecimiento. Los niños con insuficiencia renal crónica terminal bajo tratamiento de diálisis presentan mayores quejas de síntomas físicos, negativa persistente a asistir a la escuela, así como persistente resistencia a estar solos

ya que en ocasiones dependen de sus madres, cuando éstas tienden a ser más sobre protectoras produciendo, ansiedad a la separación (Fukunishi y Kudo, 1995).

Las alteraciones emocionales en hemodiálisis crónica, se pueden manifestar como depresión, frecuentes cambios del estado de ánimo, sentimientos de aislamiento social, insomnio, irritabilidad, sentimientos de culpa, ansiedad respecto a las expectativas futuras o una conducta regresiva (Velasco y Sinibaldi, 2001). Aunque resulta complicado diagnosticar depresión mayor en pacientes renales, considerando los síntomas físicos que se pueden presentar en la insuficiencia renal crónica terminal, los síntomas como pérdida de peso pueden tener un origen físico (Morton, Reynolds, Garralda, Postlethwaite y Goh, 1993). Los pacientes en hemodiálisis suelen presentar también fallas, como atrofia cortical, disminución de la densidad cerebral o hipo actividad, que afectan predominantemente a áreas frontales del cerebro; suelen tener mayores fallas cognoscitivas que los que se encuentran en diálisis peritoneal y su rendimiento suele ser más fluctuante (Sánchez et al., 2008).

Los niños al igual que los adultos muestran daño cognitivo a largo plazo, secundario a la insuficiencia renal terminal o a sus complicaciones; los efectos tóxicos de la insuficiencia renal afectan procesos cognitivos como memoria y vigilancia. Es importante mencionar que, a inicio más temprano y a mayor duración de la insuficiencia renal crónica terminal, mayores los daños en la cognición, incluyendo su desarrollo (Fennell III, Rasbury, Fennel y Morris; 1984). El aprendizaje y la solución de problemas son las habilidades más afectadas en niños y adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal. A su vez la fobia a las agujas y la encefalopatía por el aluminio se relacionan con la diálisis (Morton et al., 1993).

La insuficiencia renal crónica terminal afecta la motivación, la personalidad y la adaptación social. Velasco (citado en Velasco y Sinibaldi, 2001) menciona que una de las repercusiones de la insuficiencia renal crónica en niños mexicanos es la disminución del rendimiento intelectual y problemas de tipo neurológico. Igualmente Korsch y cols. (1871, citados en Velasco y Sinibaldi, 2001) describen dos tipos de *comportamiento* en niños con dicho padecimiento: aquellos que se aíslan y no parecen tener deseos de saber algo acerca de su enfermedad; dichos niños presentan una completa negación acerca de lo que les sucede, aunque las complicaciones y el avance de la enfermedad los obliga a

aceptar de forma paulatina la enfermedad; y por otro lado el grupo de los niños que se encuentran constantemente preocupados con su enfermedad, exigiendo una ayuda permanente, convirtiéndose en pacientes dependientes y demandantes, quienes parecen obtener ganancias secundarias y una atención extra a través de su enfermedad.

En cuanto a la *actitud*, el niño puede responder a la insuficiencia renal crónica con una aceptación *positiva*, identificándose con el personal médico y el tratamiento, o por el contrario con una aceptación *negativa*, con las conductas regresivas subsiguientes, que pueden llevarlo a un estado semejante a la invalidez. Similarmente el *rechazo* al padecimiento por parte del infante puede ser de dos tipos: el rechazo *activo*, que implica conductas agresivas, oposicionistas y de reto hacia el personal médico, o mediante rechazo *pasivo*, donde la agresión consiste en dejar que los adultos se preocupen por la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Aunado a lo anterior, los niños con problemas emocionales previos a la insuficiencia renal crónica, estarán más predispuestos a presentar ciertas alteraciones de personalidad y conducta durante el tratamiento, ya que las enfermedades físicas crónicas en la infancia aumentan el riesgo de problemas psiquiátricos. Recordemos también que problemas de ajuste psiquiátrico pueden ser más frecuentes en grupos de pacientes con inicio temprano de alguna enfermedad grave. Pacientes renales menores de 17 años, reportan considerablemente mayores episodios de malestar y de tratamiento de síntomas psicológicos, entre los cuales están fobia a las agujas y otros problemas de ajuste a la diálisis. Muestran mayor disfunción social y problemas de autoestima y reportan consumo significativamente mayor de medicina psicotrópica, especialmente benzodiazepinas (Morton et al., 1993).

Sin embargo al igual que en los pacientes adultos, el trasplante de riñón es una alternativa viable para niños que padecen de insuficiencia renal crónico terminal, a pesar de que conlleva riesgos y costos, físicos y psicológicos. Según Mintzer, Stuber, Seacord, Castaneda, Mesrkhani y Glover (2005) los niños dependiendo de la edad y de su nivel de capacidad entienden de forma diferente el trasplante.

Muchos estudios concuerdan con que la rehabilitación a largo plazo en receptores pediátricos parece ser muy favorable, mientras que otros han demostrado que

aquellos pacientes que reciben un trasplante renal exitoso, presentan una mejoría cognoscitiva o incluso reversibilidad de algunas de las afectaciones en dicha esfera (Sánchez et al., 2008); en otro estudio pacientes con insuficiencia renal crónico terminal mostraron mayor incremento en su desempeño de IQ de línea base a un mes después del trasplante, al igual que en su habilidad para atender a estímulos relevantes y por tanto a un procesamiento de la información más rápido y preciso, mostrando así diferencias significativas en seguimiento a un mes y a un año posterior al trasplante (Fenell III et al., 1984), y mayor grado de rehabilitación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Temas relacionados con la calidad de vida y la rehabilitación surgen a consecuencia de los avances en la tecnología de trasplante, la sobrevivencia del injerto y el paciente, y la presente viabilidad del trasplante renal en niños pequeños; sin embargo existen pocos datos sobre la calidad de vida en adultos jóvenes, que recibieron trasplante de niños (Krmr, Eyman, Ramírez y Ferraris, 1997). La literatura reporta que los niños en tratamiento de diálisis que reciben un trasplante, parecen volver a su vida normal, sin embargo el ambiente familiar sigue siendo similar a cuando recibían tratamiento de diálisis, aun a pesar de que la sobrecarga psicosocial de la diálisis fue removida por el trasplante. Debido a lo anterior y a la posible aparición del trastorno de adaptación, servicios de consulta de enlace en el campo pediátrico de niños con insuficiencia renal crónica terminal deben establecerse (Fukunishi y Kudo, 1995).

Según Pérez, Martín y Galán (2005) entre las principales repercusiones psicológicas, asociadas al trasplante de órganos en los pacientes, se encuentran:

- *Delirium*, aparece en el postoperatorio inmediato y esta causado por los fármacos inmunosupresores, la incidencia oscila entre el 25% y 50% y depende del tipo de trasplante realizado; más común en trasplantes pulmonares y hepáticos.
- *Trastornos sexuales*, en 30% de los transplantados por causas físicas, como psicológicas, las más frecuentes son deseo sexual hipoactivo y trastorno de la erección.
- *Trastornos del estado de ánimo*, los más frecuentes son los trastornos depresivos con prevalencia entre 10% y 58% en primeros años posteriores al trasplante.

- *Trastornos de ansiedad*, prevalencia entre 3% y 33% durante primeros años post trasplante. Al trastorno por estrés post traumático se le ha dedicado más atención con una incidencia del 17% en transplantados cardíacos.
- *Creencias sobre el donante*, los pacientes bien pueden presentar ideas asociadas con las características físicas y psicológicas del donante o pueden intentar ignorar el origen del órgano bajo una especie de miedo a ser deudor de la salud y a la vez adoptar una actitud de afirmación al bienestar.
- *Relación conflictiva entre el receptor y el donante*, conocido como síndrome psiquiátrico paradójico, más común en trasplantes hepáticos.
- *Insatisfacción con la imagen corporal*, ante dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante, de tal forma que lo perciben como un cuerpo extraño, se le ha denominado síndrome de Frankenstein por la sensación de estar confeccionado con un trozo de un cadáver.
- *Otros trastornos*, trastornos adaptativos, somatomorfos y trastornos de conducta alimentaria.

Aunque gran parte de las alteraciones cognoscitivas son revertidas con el trasplante renal, también se ha encontrado que el trasplante renal puede traer consigo algunas complicaciones neurológicas, ya sea como consecuencia de infecciones oportunistas según Bruno y Adams (1998, citados en Sánchez et al., 2008), por los efectos directos en el sistema nervioso central de la terapia inmunosupresora según Bermond y cols. (2005, citado en Sánchez, 2008), o por la encefalopatía asociada a los eventos de rechazo agudo del injerto y su manejo con dosis altas de esteroides. Lo mismo sostienen Fennell III et al. (1984) al comentar que aun después de un trasplante renal exitoso, las deficiencias cognitivas y académicas pueden persistir, ya que el trasplante renal exitoso tiene un impacto significativo en la cognición aunque no de forma global.

Por otro lado la preparación psicológica juega un papel muy importante en el pronóstico de éxito del trasplante, pues según Velasco y Sinibaldi (2001) en general un trasplante renal genera gran tensión en la mayoría de los pacientes y reacciones como depresión, fobias, compulsiones, trastornos de la imagen corporal, insomnio, irritabilidad y reacciones psicóticas, además de las ya expuestas por Pérez et al. (2005). Por lo que la inclusión de un programa de intervención psicológica es indispensable tanto en las fases iniciales del procedimiento como en los cuidados postoperatorios;

igualmente necesarias las evaluaciones del receptor, del donante, en caso de haberlo, de la familia y del entorno físico y social del paciente candidato a transplante. Martínez (2003) separa el proceso de transplante en cuatro momentos o fases:

1. Evaluación.

Cuándo la fuente es de donante vivo, busca seleccionar candidatos que van a mantener los cuidados adecuados en el postoperatorio, e informar al donador sobre el proceso de transplante con los posibles riesgos inmediatos y a largo plazo derivados de la donación. Cuándo la fuente es de donante cadavérico, el objetivo de la evaluación será proporcionar información acerca del nivel previo y actual de la adaptación psicológica del receptor, incluyendo el impacto de la enfermedad, identificación de psicopatología clínicamente significativa, que pueda influir en el cumplimiento del tratamiento, adicionalmente una apreciación de la estabilidad, satisfacción y disponibilidad de apoyo social previo y posterior al transplante (Martínez, 2003). Según el mismo autor una buena propuesta de entrevista clínica preoperatoria es la que hacen Crone y Gabriel (2002, citados en Martínez, 2003), ya que abarca áreas como la historia actual del receptor, actitud hacia el transplante y comprensión del mismo, cumplimiento, historia médica anterior, historia psiquiátrica, uso o abuso de sustancias, historia familiar, social y estado mental.

Si bien los pacientes pediátricos difícilmente presentarán problemas de abuso de sustancias, alcoholismo y tabaquismo, o por los rangos de edad, no podrán ser diagnosticados bajo trastornos psicológicos, si presentarán rasgos asociados a algunos trastornos adaptativos o del estado de ánimo, así como problemas de conducta y en el seguimiento de órdenes. No olvidemos que hay mayores trastornos de depresión en el grupo de enfermos renales y que los trastornos de ansiedad se duplican en ésta población. En la evaluación previa al transplante se tomarán en cuenta variables relacionadas con la aceptación y adaptación de los infantes a la enfermedad y los tratamientos, así como aspectos relacionados con los ajustes hechos por la familia tras el diagnóstico.

Según Cole (1991), la evaluación debe incluir el conocimiento del funcionamiento familiar, el concepto familiar del grado de enfermedad, las formas de relacionarse de los miembros, las conductas y actitudes hacia el manejo del infante; así

como el tiempo que dedican en el alcance de las metas; el grado de apoyo e involucramiento, al igual que las expectativas del trasplante.

Se consideran como posibles causas de contraindicación la existencia de problemas en el ámbito psicosocial, en el cumplimiento, presencia de patología psiquiátrica y el abuso de sustancias. Skotzko y Strouse (2002, citados en Martínez, 2003) consideran dos tipos de contraindicaciones, las *absolutas* y las *relativas*. Las primeras se refieren a la identificación de trastorno facticio con síntomas físicos, el no cumplimiento, la mala disposición a participar en el tratamiento psicoeducativo, mientras las segundas se refieren al padecimiento de demencia u otra disfunción cerebral persistente, los errores en la organización de los recursos psicosociales y presencia de enfermedad psiquiátrica refractaria al tratamiento

Para Cuellar y Correa (2005) las contraindicaciones absolutas para el trasplante renal, son: la determinación que el paciente no vivirá más de un año, existencia de neoplasias malignas, infección crónica, o aguda no controlada, padecimiento de alguna enfermedad extrarrenal grave, incumplimiento terapéutico y el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica grave que dañe el cumplimiento de la terapéutica. Dichos autores mencionan que la mayoría de los centros incluyen como contraindicaciones la incompatibilidad de ABO, la presencia de pruebas cruzadas positivas y pacientes con alto riesgo perioperatorio. Adicionalmente señalan como contraindicaciones relativas el padecimiento de hepatitis crónica activa, enfermedad coronaria, enfermedad ácido péptica no resuelta y enfermedad cerebrovascular.

Señalan además que no todos los pacientes pueden ser candidatos a recibir un trasplante renal por riesgos perioperatorios inaceptablemente elevados, edad avanzada, riesgos asociados a la inmunosupresión y algunas comorbilidades, ser potencial VIH+, con enfermedad coronaria no operable, pacientes con anticuerpos para virus de hepatitis B y C, pacientes con hiperoxaluria primaria y falta de apego terapéutico. Recomiendan que el proceso de evaluación multidisciplinaria del potencial receptor debe, hacerse por diferentes equipos para prevenir la influencia del equipo del receptor sobre la evaluación de los probables donadores.

2. Período preoperatorio.

En éste periodo los obstáculos más frecuentes son los trastornos adaptativos, la depresión, la ansiedad y los eventos de encefalopatía. Para aquellos que han tenido trastornos afectivos en el pasado, conviene establecer si eso ha afectado con el cumplimiento de las medicaciones y las recomendaciones terapéuticas (Martínez, 2003). Se recomienda explorar la comunicación intrafamiliar así como la colaboración con el paciente y con el equipo de trasplante. Es conveniente anticipar las dificultades de la familia en cuanto a los posibles cambios de roles y el ajuste de la respuesta ante una posible emergencia.

Primordial la realización de la orientación psicoeducativa respecto al procedimiento de trasplante, consecuencias, posibles beneficios, cuidados necesarios y cambios pertinentes en estilo de vida. Lo anterior considerando una variedad de técnicas y un modelo integrador de intervención que permita la adquisición de habilidades y herramientas útiles a los pacientes para tolerar el periodo de espera y para responder a las demandas posteriores al trasplante. Se incluyen técnicas como desensibilización sistemática para los miedos relativos a la cirugía por ejemplo, autocontrol, gestión de las presiones ambientales, entrenamiento asertivo, manejo de la ira, solución de problemas y promoción de estilos de afrontamiento efectivos. En esta fase es importante trabajar las actividades a realizar durante la hospitalización y las posibles formas de respuesta ante una crisis.

3. Período postoperatorio inmediato.

En un estudio de trasplante renal en adolescentes entre 12 y 20 años, el 36% de la población tenía síntomas de depresión o de estrés postraumático, en dicho estudio, realizado por Mintzer et al. (2005), de una población de 111 participantes, el 30.7% mostraron síntomas de estrés postraumático, el 16.3% cumplió por completo con el criterio para el trastorno de estrés postraumático, y un 14.4% cubrieron dos de los tres criterios diagnósticos para trastorno de estrés postraumático. Y es que los niños receptores pueden experimentar el trasplante como un evento traumático por diversas razones, entre las cuales podemos mencionar la experiencia de una cirugía mayor, la cual deja cicatrices grandes y permanentes, otra razón puede ser la necesidad de ingerir de manera constante los medicamentos inmunosupresores, los cuales pueden servir como un recordatorio diario de la enfermedad.

Aun a pesar de que los infantes no reporten síntomas a niveles clínicamente significativos para estrés postraumático, muchos pueden estar experimentando síntomas lo suficientemente severos para provocar malestar y deterioro en el funcionamiento; además de molestias equiparables a las reportadas por adultos receptores de trasplante de corazón o jóvenes sobrevivientes de cáncer en etapa de la infancia. Según Pelcovitz y cols. (1988, citado en Mintzer, 2005) existen datos que sugieren una posible relación entre estrés postraumático y baja adherencia a los medicamentos en pacientes pediátricos de trasplante renal; mientras que por otro lado el tratamiento del estrés postraumático en infantes transplantados resultó en mejorías en la adherencia (Shemesh y cols. citados en Mintzer, 2005). Esta última es la mayor causa de fallo de trasplante renal en los adolescentes según Cole (1991).

En otro estudio Fukunishi y Kudo (1995) encontraron trastorno de adaptación en un niño bajo tratamiento de diálisis, de un grupo de 26; y en ocho niños transplantados, de un grupo de 27 niños transplantados, siendo mayor dicho trastorno en los niños transplantados.

En la fase del postoperatorio inmediato ocurre la hospitalización debida en parte a la recuperación de la cirugía y al aislamiento necesario por el debilitamiento del sistema inmune, con el propósito de evitar un rechazo temprano del injerto. El periodo de aislamiento generalmente toma dos semanas, aunque de haber complicaciones o eventos de rechazo agudo puede requerir de mayor tiempo. Por lo tanto ésta fase de transición y preparación para la vuelta a casa, no sólo considera el retorno a la normalidad con la enfermedad crónica pero sin la gama de síntomas presentes, sino que también abarca el manejo psicológico del paciente durante la recuperación y refuerzo del sistema inmune.

Y es que a pesar del buen pronóstico, Danovitch (1992) menciona que los pacientes jóvenes, es decir menores de 18 años, tienen una incidencia elevada de rechazo agudo y necesitan mayor inmunosupresión, la cual puede tener efectos tóxicos en los pacientes, mismos que se pueden sumar al miedo justificado al rechazo del injerto, recuerdos intrusivos, hiperactivación y evitación constante (Mintzer et al., 2005). Es posible constatar trastornos depresivos más frecuentes en el periodo post

trasplante cuando los pacientes tienen expectativas demasiado optimistas. Las expectativas negativas hacia la enfermedad tras el trasplante también incrementan la sintomatología ansiosa y depresiva y empeoran desde una perspectiva física el autoconcepto y la autoestima. Las expectativas negativas aumentan los pensamientos irracionales sobre el funcionamiento del órgano implantado, lo cual lleva a pensar en la posibilidad de una evolución desfavorable (Pérez et al., 2005).

Si el trasplante falla, viene la necesidad de lidiar con la pérdida atravesando por la pena, la negación y la eventual resignación y aceptación. El miedo a la diálisis y el ajuste a la misma puede prolongar la aceptación de la pérdida del riñón así como hacerla más difícil (Cole, 1991). Estudios han encontrado trastornos psicológicos de adaptación en niños en momentos estresantes, por ejemplo cuando se inicia la diálisis o después de cirugías, por lo que es imprescindible dar continuidad a los estados emocionales de los pacientes pediátricos, tomando en cuenta las cogniciones asociadas a estos, pues podrían ser consecuencia de errores cognitivos o de distorsiones del pensamiento, instaurados desde el comienzo de la enfermedad y que no necesariamente se extinguen tras el trasplante.

4) Seguimiento posterior

Las causas físicas del fracaso del injerto incluyen rechazo crónico y reincidencia de la enfermedad primaria, mientras que la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la infección son las causas que llevan a la muerte en el periodo de postrasplante tardío (Danovitch, 1992). Sin embargo cuando el enfermo renal crónico recibe un trasplante renal exitoso, debido a los avances médicos y tecnológicos, puede lograr una sobrevida larga, con recuperación y productividad por décadas. En el periodo de postrasplante tardío es importante evitar el fracaso del injerto debido al incumplimiento y reforzar el apoyo familiar.

Según Danovitch (1992) los receptores de trasplante son reacios a admitir el incumplimiento si creen que con ello ponen en peligro sus oportunidades de recibir otro trasplante. Se calcula que el 35% de todas las pérdidas del injerto después de los primeros 6 meses se deben al incumplimiento terapéutico. Los pacientes incumplen por la creencia de que no es necesario tomar la medicación regularmente, lo cual se refuerza con la ausencia de problemas o debido también a que el rechazo agudo en el periodo postrasplante tardío presenta signos y síntomas hasta que está muy avanzado.

Con la finalidad de conocer el estado y orientar el trabajo psicológico de los candidatos menores de edad que ingresan a protocolo de trasplante renal vivo relacionado o cadavérico, en el servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México se diseñó la evaluación pediátrica para candidatos a trasplante renal (EETR-P); ésta se plantea con perspectiva a futuro, es decir, el niño debe ser visto además de en su ambiente actual, en una prospección que considere los posibles cambios medio ambientales a los que se enfrentará, considerando los recursos y repertorios comportamentales que se requerirán.

La presente propuesta de valoración psicológica para población infantil del servicio de trasplante del hospital se desarrolló basándose en el protocolo de valoración realizado por Alcazar et al. (2000), mismo que fue diseñado para población adulta. Debido a que el grupo de pacientes pediátricos referidos por el servicio de nefrología del hospital, al servicio de trasplante no cumplía con los requisitos indispensables, no fue posible evaluar la utilidad del protocolo de valoración específica para pacientes pediátricos, mismo que se propuso, y se estableció en fase de desarrollo.

Posterior a su aplicación se desarrollarán programas individuales para la preparación al trasplante, esto incluirá sesiones de psicoeducación con respecto al procedimiento quirúrgico, a los cuidados post trasplante y el periodo de aislamiento.

La evaluación psicológica previa al trasplante que se realiza en el servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez, sirve para identificar factores de riesgo que aumentarían la presencia de baja adherencia postoperatoria y problemas en el estado de ánimo. Proporciona información acerca del nivel previo y actual de la adaptación psicológica a la enfermedad, incluyendo el impacto de la misma; la identificación de síntomas psicopatológicos clínicamente significativos, apreciación de la estabilidad, satisfacción y disponibilidad de apoyo social para el candidato a trasplante, y el estado emocional del mismo. Se debe hacer además una selección de los candidatos a trasplante renal por la escasez de donantes y lo costoso del procedimiento. Independientemente de la edad los factores psicológicos que el psicólogo de trasplante considera significativos son:

1. Funcionamiento psicológico.

2. Personalidad.
3. Adherencia Terapéutica.
4. Estilos de Enfrentamiento.
5. Apoyo Social.

Criterios psicológicos de inclusión para el trasplante renal:

El *receptor pediátrico* requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Conocer los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327 Ley publicada en el Diario Oficial).
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX).
- Contar con el apoyo económico y social que le permitan adherencia a los tratamientos.
- No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.
- Poseer habilidades de afrontamiento para el manejo del aislamiento.
- Contar con la aprobación de los padres o de algún tutor.

El *donador* requiere:

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

Criterios psicológicos de exclusión para el trasplante renal

- Negación de la enfermedad
- Resistencia al tratamiento
- Deterioro cognitivo clínicamente significativo

- Negativa al trasplante

Una vez realizada la entrevista (EETR-P) e identificados los criterios de inclusión en ambos, donador y receptor, se obtiene un diagnóstico respecto a la suficiencia de los mismos para ser intervenidos quirúrgicamente. La evaluación se realiza con el apoyo de una batería de instrumentos conformada en este caso por instrumentos dirigidos a población infantil, validados para población mexicana. A continuación se presentan los instrumentos psicométricos detalladamente:

Entrevista estructurada para el paciente versión modificada para pacientes pediátricos (EETR-P). Incluye los rubros de: 1) información sociodemográfica, 2) comprensión de la enfermedad, incluidos el régimen médico y dialítico actual y comprensión sobre el procedimiento del trasplante y cuidados postoperatorios, 3) factores implicados tales como aceptación de la enfermedad, la motivación y aceptación voluntaria para trasplantarse, así como la adquisición del órgano, 4) aspectos familiares, como la calidad de la relación y el apoyo proporcionado por los miembros de la familia al proceso de trasplante, 5) historia psiquiátrica por medio de autorreporte del paciente y entrevista al cuidador primario del historial psiquiátrico, 6) estilos de enfrentamiento hacia la enfermedad y estrategias adaptativas conductuales del paciente, 7) examen mental, valorando durante la entrevista datos probables de psicopatología, 8) pruebas psicológicas para población pediátrica. Las características de la EETR-P son:

- Medio auxiliar en el proceso de entrevista.
- Forma estructurada y estandarizada para la obtención de información.
- Enfatiza las áreas específicas al trasplante renal.
- Permite valorar el *cumplimiento conductual* (cumplimiento con el medicamento, atención médica a síntomas y dieta).
- No requiere equipo especial o manuales.
- Contiene reactivos de opción múltiple, listas de chequeo y preguntas abiertas.
- Las preguntas están diseñadas para que el paciente proporcione una respuesta objetiva.
- Duración de 60 – 90 minutos.

- Útil en medios de entrenamiento donde los residentes rotan regularmente.
- No es una herramienta de entrenamiento en entrevista.
- No es un sustituto del juicio clínico.
- La información recogida se utiliza para redactar un reporte acerca del estado psicológico de los pacientes.

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) Es un instrumento desarrollado por Frydenberg y Lewis para jóvenes de 12 a 18 años, cuenta con 79 reactivos de tipo cerrado y uno abierto que permite evaluar 18 estrategias de afrontamiento diferentes. La prueba cuenta con una escala específica dirigida hacia una situación en particular que en este caso puede ser la enfermedad renal terminal, también cuenta con una escala general que se refiere a cómo el paciente afronta sus problemas en general. Las estrategias de afrontamiento que evalúa son: 1) Buscar apoyo social, que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo, 2) Concentrarse en resolver el problema, por medio del análisis de diferentes puntos de vista u opciones, 3) Esforzarse y tener éxito, describe compromiso, ambición y dedicación, 4) Preocuparse, elementos que indican temor por el futuro en términos generales, 5) Invertir en amigos íntimos, se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas, 6) buscar pertenencia, indica el interés del joven por sus relaciones con los demás en general, 7) Hacerse ilusiones, estrategia de elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva, 8) la estrategia de falta de afrontamiento, consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar el problema, 9) reducción de la tensión, caracterizado por elementos que reflejan un intento por sentirse mejor y disminuir la tensión, 10) Acción social, se refiere al hecho de dehar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda, 11) ignorar el problema, es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema, 12) autoculparse, indica si el joven se ve como responsable de los problemas, 13) reservarlo para sí, elementos que reflejan que el joven huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas, 14) buscar apoyo espiritual, elementos que indican el empleo de la oración y creencia de dios, 15) fijarse en lo positivo, es la estrategia que busca atentamente el aspecto positivo de la situación, 16) buscar ayuda profesional, estrategia que consiste en buscar la opinión de profesionales, 17) buscar diversiones relajantes, describe

actividades de ocio y 18) distracción física, elementos que se refieren a hacer deporte o mantenerse en forma. (Pereña y Seisdedos. 1997).

Cuestionario de auto-control infantil y adolescente (CACIA) Fue diseñado por Capafóns Bonet y Silva Moreno para medir los aspectos implicados en los modelos de auto-regulación y auto-control más relevantes, aspectos referidos al paradigma de resistencia al dolor y al estrés (auto-control acelerativo) y al de resistencia a la tentación y retraso de la recompensa (auto-control decelerativo). De aplicación en niños y adolescentes de 11 a 19 años. Consta de 89 reactivos. Las subescalas que incluye son: 1) Motivación para el cambio o interés general de la persona en cambiar sus ideas, actitudes y comportamientos. 2) Procesos de retroalimentación, que incluye la capacidad para detectar aquella información del ambiente, de los demás o de uno mismo, acerca de los motivos que aconsejan el cambio de proceder. 3) Procesos de anticipación de consecuencias futuras y alejadas del propio comportamiento y que justifican o aconsejan realizar un esfuerzo para auto-controlarse. 4) Procesos de juicio, que suponen el establecer criterios, normas y objetivos a conseguir. 5) Procesos de auto-consecuencias, reflejan la actitud del sujeto ante su éxito o fracaso en cambiar o mantener su comportamiento. 6) Habilidades para la auto-determinación, hacen referencia a la capacidad del sujeto para recurrir a distintos procedimientos o técnicas que le ayuden a cambiar de comportamiento. (Barreto, Ballester, Aliaga y Sáez, 1998).

Cuestionario de depresión para niños (CDS) Creada por Lang y Tisher, de aplicación para sujetos de 8 a 16 años de edad. Consta de 66 reactivos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, dentro de la categoría se 6 aspectos: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad y varios, en el tipo positivo se conforma de: ánimo-alegría y varios. Es esta prueba se valora la respuesta afectiva como lo son sentimientos de tristeza y llanto, al autoconcepto negativo, como sentimientos de inadecuación, inutilidad, desamparo y desesperanza, disminución de la productividad mental y de los impulsos como el aburrimiento, falta de energía, descontento y poca capacidad para el placer y preocupaciones por la muerte, la enfermedad y los otros. (Seisdedos, 1994).

Escala de clima social –subescala familiar- (FES) Construida por Moss, Moss y Trickett. En esta escala se evalúan las características socio-ambientales de tipo familiar. Evalúa y describen las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los

aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Está compuesta de 90 reactivos, agrupados en 10 subescalas que definen 3 dimensiones fundamentales:

1) Relaciones en el cual se evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia. 2) Desarrollo descrita por la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no, por la vida en común, 3) Estabilidad que proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que ejercen unos miembros sobre otros. (Fernández-Ballesteros y Sierra, 1995).

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC) Creada por Spielberger, Lushene, Montuori y Platzek, en 1973. Ésta formado por dos escalas independientes, ansiedad estado y ansiedad rasgo, con 20 reactivos cada una. La escala de estado aprecia rasgos transitorios de ansiedad. La escala de rasgo evalúa diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. (Cubero, 1990).

Aspectos Pertinentes a la Sede

En el año de 1847, durante la invasión norteamericana se funda un hospital de campaña dentro de los muros del claustro de San Pablo por órdenes del Gral. Manuel Maria Lombardini. La dirección del nuevo hospital se le encomendó a Sor Micaela Ayanz (de 1847 - 1869), quien con un grupo de hermanas de la caridad empezó a prestar atención a los heridos. El día 23 de agosto fue cuando llegaron los primeros heridos al nuevo hospital de campaña y es por eso que tal día se considera como la fecha de fundación. La primera dotación del nuevo hospital municipal fue de 60 camas, 40 para hombres y 20 para mujeres, todas destinadas a enfermos libres.

Desde su fundación, el hospital fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía; lo que ha permitido que se le considere como la cuna de la cirugía en México. Otros hechos relevantes en la historia del hospital son: la realización de la primera radiografía mexicana el 1o. de octubre de 1896, en 1860 el Dr. Barcelo y Villagran fue el segundo en hacer una transfusión sanguínea en América, y en 1942 en este establecimiento se fundo el primer Banco de sangre del país. En la misma década de los cuarentas se abrió el banco de huesos.

El 18 de julio de 1872, tras el deceso del benemérito de las Américas el licenciado Benito Juárez, se hizo la propuesta para que el hospital de San Pablo se llamara hospital Juárez; propuesta aprobada por el cabildo de la ciudad de México el día 19 de julio del mismo año. Con motivo de los festejos del centenario en 1947, se inicio una remodelación global del hospital y la construcción del edificio anexo. El 20 de noviembre de 1970 se realizo la restauración del centenario Claustro del colegio de los Agustinos de San Pablo, restituyéndole al viejo convento su aspecto original; quedando integrado con los siguientes edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno (en el claustro), servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos.

Sin embargo la fisonomía del hospital fue modificada lamentablemente en forma drástica en septiembre de 1985 con el terremoto que derribo la torre de hospitalización. El gobierno de la república ante esta tragedia, destino fondos para que la secretaria de salud construyera una nueva casa para la familia juarista; es así como en 1989 en el mes

de septiembre abrió sus puertas el nuevo hospital Juárez de México, al que se le dotó de todos los adelantos de la medicina moderna.

Al año 2006 los recursos con los que cuenta el hospital son:

- 400 camas censables y 135 no censables.
- 69 consultorios distribuidos en los diferentes servicios.
- 2 comedores y 1 cocina que procesan 2, 589 raciones diarias.

La *Dirección General* del Hospital Juárez se compone de la *Dirección Médica*, la *Dirección de Investigación y Enseñanza* y la *Dirección Administrativa*, además se encarga de regular las funciones de la escuela de Enfermería. El **Servicio de Trasplante Renal** perteneciente a la División de Cirugía General coordinada a su vez por la Dirección Médica; desde su inicio en el año 1991 hasta el año 2000 ha realizado 134 trasplantes bajo el Programa de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México.

Cuenta con los siguientes elementos:

- Un jefe de servicio
- Dos médicos especialistas en cirugía de Trasplante
- Tres médicos residentes
- Dos residentes de Medicina Conductual
- Una secretaria administrativa

El lugar que ocupa el residente en Medicina Conductual dentro del servicio de trasplante renal es de gran importancia, pues realiza un trabajo en estrecha coordinación con las otras dos áreas del servicio, a decir, trabajo social y los residentes de medicina. El residente depende directamente del jefe de servicio aunque las actividades son coordinadas principalmente con el médico adscrito. La presencia del residente en Medicina Conductual legalmente se sustenta en la Norma Oficial de la Federación publicada el 30 de septiembre de 1994 (NOM-EM 0003-SSA-1994) ya que en todos los establecimientos de salud en los que se realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, en el comité será necesaria la presencia de un profesional en salud mental, ya sea un psicólogo o un psiquiatra.

Descripción de actividades.

Actividades Clínicas

Pase de visita

Visita diaria a cargo de la secretaria de la coordinación de trasplante, un médico residente y los residentes en medicina conductual; abarcaba el área de Terapia Intensiva de Pediatría, el área de hospitalización de Neurología, el área de hospitalización de Hematología y Medicina Interna, el área de Terapia Intensiva para adultos, el servicio de Urgencias y el servicio de Patología. El propósito era detectar pacientes en estado o posible diagnóstico de muerte cerebral, pues los pacientes en tal condición son susceptibles de ser donadores cadavéricos de riñones, entre otros órganos. El procedimiento de captación de donador cadavérico será explicado más adelante.

Lista de Espera

Cita mensual realizada los últimos lunes de cada mes para los pacientes con IRCT pertenecientes al Hospital Juárez de México inscritos en la lista nacional de espera de donación cadavérica. Se realizaba una entrevista de seguimiento de caso con los pacientes y se ratificaba la aprobación de los criterios psicológicos necesarios para el trasplante. En caso necesario se daba cita para iniciar o continuar un trabajo terapéutico, si así lo solicitaba el paciente. Transcurrido cierto tiempo debía realizarse también una actualización de la batería aplicada.

Sesión de Trasplante

Sesión realizada en conjunto con la coordinación de trasplante, trabajo social y el servicio de trasplante. Se trataban temas correspondientes a cada área mediante exposiciones, con el objetivo de conocer el trabajo de cada una.

Consulta externa

Consulta a cargo de los médicos adscritos y los residentes de medicina en el área de consultorios. La consulta se dividía en dos tipos dependiendo de los pacientes, los jueves se consultaba a pacientes transplantados, y los viernes se consultaba a pacientes que tras ser referidos por el servicio de Nefrología deseaban ingresar a algún protocolo de trasplante renal. En esta actividad el residente en medicina conductual daba seguimiento a pacientes transplantados, a nivel de adherencia terapéutica, ofrecía

servicio de asesoría psicológica o realizaba intervención en crisis ante un diagnóstico de rechazo. En pacientes aun no transplantados daba cita de inicio para trabajo psicológico.

Presentación de candidatos a transplante

Sesión programada en la que participaban miembros de los servicios de Nefrología, Transplante, Hematología y Psiquiatría del hospital, con el fin de discutir la viabilidad del transplante de donador vivo, en base a los resultados obtenidos en las diferentes áreas de la evaluación, tanto del donador como del receptor. El residente en medicina conductual plasmaba por escrito en el reporte global del paciente, los resultados obtenidos por el donador y el receptor en la esfera psicológica, así como la capacidad de los mismos para someterse a la intervención quirúrgica, posterior al trabajo terapéutico.

Aplicación del Protocolo fijo de Transplante:

Evaluación Candidatos (Receptor – Donador).

Los factores psicológicos que el psicólogo de transplante consideraba significativos en la evaluación psicológica pretransplante eran:

1. Funcionamiento psicológico.
2. Personalidad.
3. Adherencia Terapéutica.
4. Estilos de Enfrentamiento.
5. Apoyo Social.

La evaluación se realizaba con el apoyo de una batería de instrumentos conformada por:

- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Ansiedad de Beck
- Inventario de Ansiedad Estado / Rasgo (IDARE)
- Escala de Personalidad de 16 factores
- Escala de Adherencia Terapéutica en pacientes con insuficiencia renal
- Inventario en modos de enfrentamiento
- Instrumento en percepción de riesgo para pacientes con insuficiencia renal

Se contaba también con una entrevista estructurada (EETR) cuyo objetivo principal era *valorar y preparar* a los pacientes psicológicamente para la donación o transplante. Cuando el paciente no *cubría* los criterios psicológicos de inclusión, el psicólogo debía *prepararle* para que fuera apto para el transplante o donación. Igualmente eso no significaba que se debía ignorar toda problemática psicológica no relacionada con el proceso. Las características de la EERT eran:

- Medio auxiliar en el proceso de entrevista.
- Forma estructurada y estandarizada para la obtención de información.
- Enfatizaba las áreas específicas al transplante renal.
- Permitía valorar el *cumplimiento conductual* (cumplimiento con el medicamento, atención médica a síntomas y dieta).
- No requería equipo especial o manuales.
- Contenía reactivos de opción múltiple, listas de chequeo y preguntas abiertas.
- Las preguntas estaban diseñadas para que el paciente proporcionara una respuesta objetiva.
- Duración de 60 – 90 minutos.
- Útil en medios de entrenamiento donde los residentes rotan regularmente.
- No era una herramienta de entrenamiento en entrevista.
- No era un sustituto del juicio clínico.
- La información recogida se utilizaba para redactar un reporte acerca del estado psicológico de los pacientes.

La EERT consideraba específicamente:

1. *Información sociodemográfica*, se obtenía información como edad, género, ingresos, etc.

2. *Comprensión de la enfermedad*, esta sección ayudaba al psicólogo a valorar al paciente sobre que tan bien entiende su régimen actual y que tanto lo cumple. También le permitía saber si el paciente esta debidamente informado y entendía el procedimiento de transplante.

* Donador, que el donador conociera todo lo relacionado con la enfermedad, el tratamiento y la cirugía le permitía establecer las relaciones entre el padecimiento y como el transplante auxiliaría al paciente a mejorar su calidad de vida.

3. *Factores implicados*, incluía aspectos como laboral, escolar y social; permitía valorar como reaccionó el paciente al diagnóstico, con respuestas activas o de negación, si hubo cambios significativos en su vida. Además permitía indagar en la motivación para transplantarse, que se traduciría en la asistencia a las citas, la puntualidad en estas, la adherencia a los tratamientos médicos, etc.

4. *Aspectos familiares*, determinaba que no existían conflictos en las relaciones familiares que pudieran poner en riesgo la realización del transplante y el período post operatorio.

5. *Historia psiquiátrica*, valoraba el historial psicopatológico, abuso de sustancias e historia psiquiátrica.

6. *Estilos de Enfrentamiento*, valoraba los recursos de apoyo con los que contaba el paciente, reportando quiénes le daban apoyo emocional y quiénes le daban apoyo funcional. Se buscaba también identificar las estrategias adaptativas.

7. *Examen mental*, se trataba de identificar datos probables de psicopatología como depresión, ansiedad, conductas disruptivas, antisociales; además del grado de orientación.

8. *Pruebas psicológicas*, espacio para reportar información obtenida de pruebas. Era una sección adicional de la EETR.

9. *Información médica adicional*, registraba valores de laboratorio y medicamentos.

La EETR establecía un *criterio* psicológico de *inclusión* para el transplante renal,

El *receptor* requería:

- Capacidad de comprensión.

- Ser conciente de los riesgos del transplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327 Ley publicada en el Diario Oficial).
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del transplante (Art. 26, Fracc. IX).
- Tener adherencia a los tratamientos.
- No tener síntomas-cuadros psicopatológicos.
- Poseer las habilidades de afrontamiento para manejar el aislamiento.

El *donador* requiere:

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

Una vez realizada la entrevista (EETR), e identificados los criterios de inclusión en ambos, donador y receptor, se obtenía un diagnóstico respecto a la suficiencia de los mismos para ser intervenidos quirúrgicamente. Cuando uno o más de los criterios de inclusión no se cumplían, el residente en medicina conductual debía preparar al paciente para volverlo apto para el transplante o donación. Cabe mencionar que el residente en medicina conductual podía elaborar otros diagnósticos, en caso de encontrar cuadros de depresión o ansiedad, por ejemplo.

Evento de Transplante

Siguiendo los pasos establecidos y fundamentales en cada proceso de donación, ante un posible evento de transplante, iniciado por la captación de órganos se procedía de la siguiente forma por parte del equipo de transplante:

1. Trabajo social recibía una llamada telefónica en donde se informaba la existencia de un Potencial Donador (PD)

2. Búsqueda de Potenciales Receptores (PR) inscritos en la Lista Nacional de Espera y pertenecientes al servicio del hospital, tomando en consideración las características y datos del PD
3. Se mantenía contacto entre el CENATRA y los COETRAS y/o responsables de los programas de trasplantes, poniendo a disposición los órganos y/o tejidos donados
4. El Módulo coordinaba la logística de traslado de equipos quirúrgicos y órganos a trasplantar, estableciendo la hora tentativa de procuración conveniente a los diferentes grupos de trasplantes, dando así tiempo para que preparen de una manera efectiva a sus receptores y asegurar el éxito del tratamiento
5. De ser necesario, se brindaba apoyo aéreo
6. Si el proceso comprendía un caso médico-legal que pudiera interferir en la donación y tiempos contemplados para la procuración, se establecía enlace con el Ministerio Público para agilizar dicho trámite
7. En la asignación de órganos y/o tejidos se cotejaban criterios establecidos en la Ley General de Salud, el orden de la Lista Nacional de Espera
8. Los posibles receptores eran recibidos en el servicio de Transplante
9. Una vez elegido el o los receptores, se procedía al transplante
10. Se daba seguimiento clínico a los pacientes trasplantados

En ésta actividad, la principal labor del residente en medicina conductual era hacerse cargo de la recepción de los posibles receptores de transplante, coordinarse con trabajo social para cumplimentar los requisitos administrativos y en caso de ser necesario dar apoyo emocional complementario a los posibles receptores y familiares, previo a la cirugía.

Actividades Académicas.

Sesión académica con supervisor in situ

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

Sesión bibliográfica

Sesión semanal a cargo del jefe de Psiquiatría (supervisor *in situ*), con la presencia de todos los residentes de medicina conductual, médicos adscritos al servicio de

Psicología, internos del área de Psiquiatría y estudiantes de Psicología en servicio social. Se hacía una revisión de artículos recientes en temas de psicología mediante exposiciones de teoría y artículos.

Supervisión académica con supervisora académica

Sesión semanal a cargo de la supervisora académica (UNAM) con la presencia de todos los residentes de medicina conductual de la sede, con el objetivo de revisar material bibliográfico, se realizaba la supervisión de casos clínicos y se daba seguimiento al desarrollo de los protocolos de investigación.

Sesión general del Hospital

Sesión celebrada de forma semanal en el auditorio del hospital, a cargo de ponentes de los diferentes servicios del hospital.

Estadísticas Pacientes

El servicio de Transplante Renal contaba con la peculiaridad de trabajar con pocos pacientes, cuantitativamente hablando, pero en lo que al trabajo clínico respecta podría decirse que era cualitativamente semejante a otros servicios o mayor. Lo anterior debido a que la población que acudía al servicio de transplante lo hacía de manera recurrente y continua, es decir, el tiempo transcurrido entre una intervención y otra era corto, además el requerimiento de la valoración implicaba un trabajo psicológico mínimo de diez sesiones. Sin embargo el paciente candidato a transplante podía requerir de un trabajo más extenso, cuando las condiciones necesarias no se cumplían, incluso podía ser meritorio de un trabajo a nivel familiar o de pareja. Es importante resaltar que en las sesiones dedicadas a la psicoeducación, el trabajo conjunto con el personal médico era fundamental para esclarecer todas las dudas relacionadas con el protocolo médico, los requerimientos físicos, y los cuidados posteriores.

En base a los criterios diagnósticos del DSM IV TR el 80% de los pacientes del servicio de transplante no cubría los criterios para algún cuadro clínico especificado, y el 20% contaba con criterios del trastorno adaptativo con ansiedad o depresión. Algunas técnicas cognitivas y conductuales utilizadas para el tratamiento de los pacientes candidatos a transplante eran:

- El entrenamiento en relajación muscular progresiva
- El manejo de contingencias
- El establecimiento de metas
- La desensibilización sistemática
- El contrato conductual,
- El automonitoreo, auto-observación y autorregistros
- La terapia cognitiva para la depresión de Beck
- Debate de ideas irracionales
- Identificación de pensamientos irracionales y emociones desadaptativas
- Psicoeducación

Se realizó un trabajo psicológico con 24 pacientes, 9 de ellos se encuentran actualmente trasplantados, de los mismos nueve sólo 3 han sido tratados previo al trasplante mientras que con el resto se han realizado intervenciones posteriores al mismo. De los 3 pacientes tratados previo al trasplante, los 3 se trasplantaron bajo protocolo de donación cadavérica por lo que el tratamiento implicó también una intervención previa a la cirugía. De los 15 pacientes aun no trasplantados 6 ingresaron bajo protocolo de donación cadavérica, 3 ya están inscritos en la lista de espera tras haber concluido su valoración, los otros 3 aun se encuentran en fase de estudios. Los 9 pacientes restantes ingresaron al protocolo de donante vivo relacionado, de estos ninguno ha concluido su valoración o el trabajo psicológico pertinente a las necesidades individuales y en cambio un paciente falleció sin lograr el trasplante. Cabe mencionar que de los 8 pacientes restantes 6 son pacientes pediátricos referidos por el servicio de nefrología dentro de un grupo de 14, sin embargo la valoración psicológica del servicio de trasplante desarrollada por un residente anterior de medicina conductual es para población adulta lo que en un inicio detuvo el trabajo psicológico con dichos pacientes mientras se estructuraba la realización del protocolo de valoración específica para pacientes pediátricos, mismo que se propuso, y se estableció en fase de desarrollo.

Supervisión in situ

Como responsable de las actividades del residente en el hospital estaba el Dr. Gallardo, miembro del servicio de Psiquiatría del hospital. Para la supervisión *in situ* se celebraban reuniones semanales programadas con el supervisor quien asesoraba a los residentes en el desempeño de sus actividades clínicas dentro de los diferentes servicios del hospital y en la elaboración del protocolo de investigación. Como *fortalezas* de la supervisión *in situ* encontramos:

- El supervisor cuenta con conocimientos en las áreas metodológica y de investigación
- El supervisor conoce a profundidad las demandas y los requerimientos clínico - psicológicos de los diferentes servicios del hospital

Como *áreas de oportunidad* en la supervisión académica se encuentran:

- Que el supervisor de mayor seguimiento a las líneas de investigación realizadas en el servicio de Transplante Renal por residentes de años anteriores
- Mayor conocimiento del enfoque cognitivo conductual, teórico y práctico
- Mayor presencia del supervisor en las actividades del servicio de Transplante Renal
- Mayor comunicación del supervisor *in situ* con la supervisora académica y con el jefe de servicio de Transplante Renal

Supervisión académica

Como responsable académico de los residentes ante la UNAM se encontraba la Maestra en Psicología Cristina Bravo miembro del la maestría en Medicina Conductual y catedrática de la UNAM. Los residentes de medicina conductual recibían apoyo académico, profesional y personal de la supervisora quien por no pertenecer al hospital, efectuaba su función de supervisora de manera semanal en una reunión programada. En caso de ser necesario los residentes podían solicitar una cita extra con la misma, bajo calendarización. Como *fortalezas* de la supervisión *académica* se encuentran:

- La supervisora cuenta con altas competencias clínicas y pedagógicas
- La supervisora posee altas competencias metodológicas y de investigación
- La supervisora conoce los requerimientos clínicos y académicos que los residentes deben cubrir en cada uno de los servicios del hospital

- La supervisora posee altos conocimientos en el enfoque cognitivo conductual
- La supervisora posee una actitud positiva y respetuosa
- La supervisora realiza sus funciones de forma seria y responsable

Como *áreas de oportunidad* de la supervisión *académica* se encuentran:

- Mayor presencia de la supervisora en las actividades de los servicios
- Mayor dominio de las intervenciones para pacientes candidatos a transplante, familiares y donadores
- Mayor contacto con el supervisor *in situ*
- Establecimiento de líneas de trabajo, en conjunto con el servicio de transplante renal

Conclusiones

La IRCT representa una condición clínica en la que existe una pérdida irreversible de la función renal y que es de un grado suficiente como para llevar al paciente a depender de manera permanente de una terapia de reemplazo renal (Sánchez et al., 2008). Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico en el área de trasplante renal, reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos.

Aunque se trata de un padecimiento crónico y difícil para quien lo experimenta, debido a las limitaciones en su vida diaria por efecto de la diálisis, o hemodiálisis, las restricciones en su alimentación o el continuo tratamiento farmacológico, en el caso del trasplante, es necesario investigar y poner en práctica intervenciones que permitan tanto controlar el desarrollo de la enfermedad como promover que la persona viva una vida tranquila, sana y placentera en la medida de lo posible.

Uno de los grandes problemas que debe ser atendido por los profesionales de la salud, sobre todo el psicólogo especialista en medicina conductual, como ya se menciono, es la adherencia terapéutica, la cual se expresa por apego en este caso, al régimen alimenticio, el consumo de líquidos y los medicamentos. Algunas de las variables psicológicas asociadas a ésta son el apoyo social, tanto su disponibilidad como la calidad de recursos sociales percibidos; factores cognitivos como las expectativas de auto eficacia, el locus de control y las barreras percibidas y; variables de personalidad, como la auto disciplina, el auto control, la conducta dirigida a metas, la tolerancia a la frustración, la postergación de la gratificación y la hostilidad (Christensen y Ehlers, 2002). Las investigaciones sugieren que una persona adherente percibe apoyo social, tiene auto eficacia para la adherencia a la alimentación, la toma de medicamentos y líquidos, se caracteriza por un locus de control interno, percibe pocas barreras personales y ambientales para seguir el tratamiento, es auto disciplinado, se propone

metas, tiene auto control, es tolerante a la frustración, puede retrasar la obtención de un reforzamiento y es poco hostil.

Por el contrario, la no adherencia se asocia a factores demográficos, negación, conducta suicida pasiva, ignorancia sobre el régimen de tratamiento, falta de apoyo social y reforzamiento por la no adherencia (Brantley y Hitchcock, 1995). También se puede experimentar una disminución en la propia confianza, la cual se refuerza por la dependencia de otros, la imagen corporal negativa, la dificultad en las relaciones sociales, la pérdida de trabajo y los problemas económicos adyacentes.

Otro pilar lo constituyen los esfuerzos clínicos en prevenir el desarrollo de respuestas desadaptativas mediante cuidados que se enfoquen a disminuir la sensación de desesperanza y miedo que transforman a un evento estresante en traumático. La respuesta a la experiencia del trasplante renal no dista mucho de la que se presenta a uno de hígado o corazón, lo que parece reflejar el alto grado de amenaza percibida. La vida con insuficiencia renal crónica terminal puede calificarse como una vida con desalientos y complicaciones recurrentes, y dónde se debe lidiar con la muerte de otros en la misma condición.

Constituye una enorme responsabilidad ética, legal y médica el suspender o continuar un tratamiento terapéutico que involucra la vida del paciente. En países como México, el trasplante renal de donador vivo relacionado es la alternativa de elección, en virtud de la enorme demanda y una disponibilidad relativamente baja de órganos para trasplante. Sin embargo la excesiva presión y expectativas de la familia acerca del trasplante pueden llevar a subestimar los riesgos de un potencial donador, o la decisión del donador puede estar influida por la presión que representa dentro de la familia un paciente con enfermedad renal terminal. Este conflicto se resuelve, favorablemente cuando el potencial donador recibe orientación, apoyo e información suficiente y decide aceptar o no la donación de forma libre y responsable.

Tal orientación corre a cargo no solamente del especialista en medicina conductual sino del equipo de transplante en su totalidad, quienes en todo momento tratarán de cumplir con los objetivos de la medicina, mencionados en Pérez (2005), preservar la

salud, curar, o cuando no se puede, aliviar y siempre consolar y acompañar al enfermo y evitar las muertes prematuras o innecesarias.

Es evidente que el trasplante incide significativamente en forma positiva en la calidad de vida del paciente, confiriéndole una mejor sobrevida y disminución de la tasa de mortalidad entre otros múltiples beneficios. Así pues la medicina de trasplante que ofrece la posibilidad de utilizar órganos o tejidos con fines terapéuticos, ha enfrentado al médico a una singular manera de ejercer la medicina. La medicina de trasplante ha tenido progresos sorprendentes, ha evolucionado de forma tan rápida y el número de problemas médicos que tienen solución mediante el trasplante es y será cada vez mayor.

Por otro lado no hay que olvidar que generalmente los niños a diferencia de los adultos no suelen acudir a la consulta psicológica por propia iniciativa, generalmente son referidos por algunos de los padres, un profesor, un médico o alguna otra persona (Silva, 1981). Ésta referencia a través de terceras personas hace que muchas veces el motivo esté alejado de los sentimientos o expectativas del niño o adolescente. Otra peculiaridad de esta población se debe a la serie de dificultades intrínsecas por sus propias características de edad, por ejemplo, sus posibilidades de cooperación pueden ser limitadas por las características evolutivas en su capacidad verbal, cognoscitiva, grado de conciencia; así mismo la restricción de sus propias experiencias puede determinar limitaciones en el valor informativo de las autorreferencias o autoinformes. Debido a lo anterior los cuidados y la educación deben involucrar el apoyo de los padres que generalmente sirven a los niños como indicadores de respuesta ante las diversas situaciones.

Referencias

- Alcázar, R.; Bazán, A.; Rojano, L.; Rubio, Sh.; Mercado, D. y Reynoso, L. (2000). Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista Hospital Juárez de México*, 68, 18-23.
- Amigo, I. V.; Fernández, L. R. y Pérez, M. A. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Baxter International Inc. (2005, Junio). Tratamiento para la insuficiencia renal crónica o terminal. Recuperado el 12 de junio de 2008, de <http://www.renalinfo.com/us/display/treatment-for-kidney-failure>
- Barreto, P., Ballester, M., Aliaga, F., y Sáez, A. (1998). *CACIA Cuestionario de auto-control infantil y adolescente*. Madrid: Manual TEA.
- Brantley, P. J. & Hitchcock, P. B. (1995). Psychological aspects of chronic-maintenance hemodialysis patients. En Goreczny, A. J. (Ed.). *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 497-512). New York: Plenum Press.
- Christensen, A. J. & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-724.
- Cole, B. R. (1991). The psychosocial implications of pre-emptive transplantation. *Pediatric Nephrology*, 158-161.
- Cruz, M.; Contreras, N.; Jaramillo, R.; Kaji, J.; Adame, M.; Manifacio, G. y Landa, M. (2002). Trasplante renal: experiencia de 10 años. Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE. *Revista de El Colegio Mexicano de Urología*, 3, 125-128.
- Cubero, S. N. (1990). *STAIC, Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños*. Madrid: Manual TEA.
- Cuellar, J. V. y Correa, R. (2005). Evaluación del receptor de trasplante renal. *Revista de Investigación Clínica*, 57, 187-194.
- Danovitch, G. M. (1992). Bookshelf-Handbook of Kidney Transplantation. *The Lancet*, 340, 1085.

- Dib, A., Aburto, S., Espinosa, A. y Sánchez, O. (2005). Trasplantes de órganos y tejidos en México. *Revista de Investigación Clínica*, 57, 163-169.
- Fennell III, R.; Rasbury, W.; Fennel, E. & Morris, M. (1984). Effects of Kidney Transplantation on Cognitive Performance in a Pediatric Population. *Pediatrics*, 74, 273-278.
- Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1995). *FES Escalas de clima social, Familia*. Madrid: Manual TEA.
- Fukunishi, I. & Kudo, H. (1995). Psychiatric problems of pediatric end-stage renal failure. *General Hospital Psychiatry*, 17, 32-36.
- Krmar, R.; Eymann, A.; Ramírez, J. & Ferraris, J. (1997). Quality of life after kidney transplantation in children. *Transplantation*, 64, 540-541.
- Lipkin, G. y Cohen, R. (1984). *Atención emocional del paciente*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Martínez, G. (2003). La intervención del psicólogo en el proceso de trasplante. En Remor, E.; Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 371-392). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- McGee, W. (2005, Septiembre). Treatment of chronic renal failure. Medline plus Medical Encyclopedia. Recuperado el 12 de junio de 2008, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002442.htm>
- Mintzer, L.; Stuber, M.; Seacord, D.; Castaneda, M.; Mesrkhani, V. & Glover, D. (2005). Traumatic stress symptoms in adolescent organ transplant recipients. *Pediatrics*, 115, 1640-1644.
- Morton, M.; Reynolds, J.; Garralda M.; Postlethwaite, R. & Goh, D. (1993). Psychiatric adjustment in end-stage renal disease: a follow up study of former paediatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 293-303.
- Mushnick, R. (2005, Septiembre). Chronic renal failure. Medlineplus Medical Encyclopedia. Recuperado el 12 de junio de 2008, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000471.html>

- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC]. (Marzo, 2003). Los riñones y su funcionamiento. Recuperado el 12 de junio de 2008, de [http://kidney.niddk.nih.gov/ spanish/pubs/yourkids/](http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/yourkids/)
- Pape, L.; Ehrich, J. H.; Zivicnjak, M. & Offner, G. (2005). Growth in children after kidney transplantation with living related donor graft or cadaveric graft. *The Lancet*, 366, 151-153.
- Pereña, J. y Seisdedos, N. (1997). *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: Manual TEA.
- Pérez, M. A.; Martín, A. y Galán, A. (2005). Problemas Psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 99-114.
- Perez, R. (2005). La ley, la ética médica y los trasplantes. *Revista de Investigación Clínica*, 57, 170-176.
- Reyes, R. (2005). Ética y trasplantes de órganos: búsqueda continúa de lo que es aceptable. *Revista de Investigación Clínica*, 57, 177-186.
- Sánchez, R.; Ostrosky, F.; Morales, B.; Alberu, G.; Nicolini, S. y García, R. (2008). Insuficiencia Renal Crónica y sus Efectos en el Funcionamiento Cognoscitivo. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2, 97-113.
- Seisdedos, N. C. (1994). *CDS Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: Manual. TEA.
- Silva, F. (1995). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.

Apéndice A

Caso clínico

I. Ficha de identificación.

Nombre: Marcela

Edad: 28 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Religión: católica

Escolaridad: 3ro. de secundaria.

Ocupación: hogar / ventas (ropa).

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Número de hijos: 1

Número de hermanos: 1 / 3

II. Motivo de consulta.

La paciente es identificada como cuidador primario de su hija de tres años, quién se encuentra hospitalizada en pediatría debido a una intervención quirúrgica (ERGE). La madre, al ser atendida su hija, para el control y manejo de ansiedad ante la intervención médica, solicita el servicio ya que reporta sentirse: *mal, traumada por todo lo que me ha pasado, nerviosa y con problemas con mi hija porque le pego y me desespera. Quiero aprender a tratar a mi hija para no pegarle ni que me desespere, y a no estar tan nerviosa (sic. paciente)*. Se inicia el apoyo durante la hospitalización de su hija, acordando continuar con la intervención una vez que fuera dada de alta.

III. Impresión y actitud general.

Paciente de edad igual a la cronológica, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Complexión media, estatura media, tez morena. Usa lentes. Se muestra cooperadora, atenta y abierta. Se presenta con interés a las sesiones, se muestra alegre. Mantiene contacto visual en todo momento y es puntual. Se muestra inquieta, mueve las manos continuamente, se le observa tensa (contracción muscular) y agitada (su respiración es corta y rápida).

IV. Antecedentes.

Historia de desarrollo

Reporta que no se presentaron dificultades prenatales. Fue planeada y deseada, aunque no aceptada ya que sus padres deseaban que naciera un niño. Como alteraciones postnatales reporta *nací chiquita (sic. Paciente)*, aunque no conoce el peso que tuvo al nacer. También menciona que tardó en hablar (hasta los tres años y medio, desconociendo la causa) y en el

área de lenguaje menciona que presentó dificultades ya que tartamudeó hasta los siete años. Ella recuerda que tenía dificultades para hablar: *me costaba trabajo, no era tan fácil pero después ya... sólo que tartamudeaba (sic. paciente)*. Eso la hacía sentirse: *mal, no podía y mis compañeros se burlaban, yo me sentía muy mal, se reían (sic. paciente)*.

Historia social

Menciona que siempre ha tenido dificultades para relacionarse con otros. En primaria recuerda haber tenido sólo una amiga, menciona que sus amigos comentaban que ella *era tonta y fea, que no hablaba, que no decía nada (sic. paciente)*. Actualmente reporta no tener amigos, *sólo conocidos, no tengo amigas y con mis vecinas siempre hay pleitos (sic. paciente)*.

Historia escolar

Reporta haber tenido dificultades, reprobó dos años en primaria (1ro. Y 5to.), recuerda que para ella era difícil la escuela y se sentía sola. Estudia hasta tercero de secundaria y después dos años educadora. Deja los estudios debido a que su madre ya no apoya que ella continúe estudiando, solicitándole que invierta más tiempo en el cuidado de sus hermanos, de la casa y que trabaje para apoyarla económicamente.

Historia laboral

Comenta que trabaja desde pequeña, cuidando a sus hermanos y haciendo la limpieza de su casa. A los 18 años deja los estudios y empieza a trabajar en una empacadora de frijól, después de seis meses lo deja pues menciona que pensó que sus compañeras se *burlaban* de ella ya que *se juntaban y me veían riéndose y no me hablaban (sic. paciente)*. Posteriormente trabajó cortando empaques de licuadora y deja de laborar ahí por *estar embarazada*. Después del nacimiento de su hija, en ocasiones ha trabajado haciendo limpieza en casas y actualmente reporta vender ropa con conocidos.

Historia sexual

Inicia su vida sexual a los 20 años, al casarse con su esposo. Ha sido su única pareja sexual.

Historia de salud

Menciona que no presenta antecedentes familiares hereditarios, de enfermedades físicas ni mentales de importancia. Por otro lado, reporta no haber padecido enfermedades de importancia, hasta el 2002 presentando dificultades para quedar embarazada e iniciando así tratamiento en ginecología. En ese periodo también presenta gastritis y recibe tratamiento. La atención, de ambos padecimientos, es en el Hospital Juárez de México. En el 2004 acude a revisión ginecológica y seguimiento en el tratamiento de gastritis y es canalizada a psiquiatría. En el área mencionan que es canalizada por estar nerviosa y es diagnosticada con depresión. Recibe tratamiento para tal padecimiento (Lexotande 3 mgs. 0-01-1, Fluoxac de 20 mgs. 1-0-0). Posteriormente menciona que la atiende otro médico y que le cambian los medicamentos. El

diagnóstico es modificado a ansiedad generalizada (alprazolam 2 mgs 0-01-0 sin ambragaponti, Alzam, tab. de 0.25 mg. 0-01-1) Meses después, reporta que vuelven a cambiarle el medicamento (75 mgs. Trofanil). En el 2006, durante la hospitalización de su hija acude a seguimiento. (reporta, el servicio de psiquiatría, que debido a cirugía de su hija presenta angustia: tfai 10.20 mgs 0-01 aumenta a tñil -1-1-0.25 mgs).

Historia familiar

En cuanto al ambiente familiar continuamente fue maltratada físicamente por sus padres, especialmente por su padre alcohólico. Recuerda que a los tres-cuatro años su padre la tocaba: *tocaba mi cuerpo, me metía los dedos (sic. paciente)*. Posteriormente a los cinco, seis años, los amigos de su padre, quién borracho los metía a su casa la tocaban: *tocaban sólo mi cuerpo (sic. paciente)*. La paciente refiere sentir miedo, recuerda que tenía miedo de que le hicieran daño. A los diez años recuerda tener miedo de que la fueran a violar (describe). Se sentía sola ya que sus padres no le hacían caso cuando lo contaba y no tenía a quién contarle: *tenía miedo a los amigos de mi papá (sic. paciente)*, reporta que nadie le hacía caso y entonces se empezó a esconder y a encerrar para evitar que la tocaran: *lo evitaba cuando podía (sic. paciente)*. Por otro lado, su mamá la insultaba, a los 13 años le gritaba que no saliera a ningún lado diciendo que provocaba a los hombres desde chiquita. A esto, la paciente refiere *quedé traumada (sic. paciente)*. Vivía el maltrato de ambos padres, su madre constantemente mencionaba los errores que cometía o la incapacidad de Marcela para realizar algunas cosas, como lo era cocinar. La paciente cuidaba a sus hermanos, ella sentía que su madre los prefería pues recuerda que a ella la ignoraba. Marcela era responsable de su hermano pequeño, a quién cuidaba durante el día. Ella recuerda que durante su infancia, al observar que su padre golpea a su madre le grita a su papá *ojala te murieras (sic. paciente)*. Años después muere su padre y su madre culpa a Marcela de su muerte. A los 18 años menciona que es demasiado el rencor que siente hacia su hermana pues su madre *la prefiere (sic. paciente)*. Refiere que debido a eso ella intenta suicidarse, toma aspirinas y desenfriol. No continúa con la ingesta de pastillas *por miedo a quedar mal y no poderme mover (sic. paciente)*. Se desmaya y la encuentra su madre. Posteriormente, refiere que se sentía sola y pensaba *si Dios me dejó vivir, voy a vivir y me arrepiento (sic. paciente)*, entonces sale de su casa y va a vivir con sus padrinos hasta que un año después su padrino intenta violarla, ella le pide que no lo haga. Lo evita (menciona que pasa por debajo de sus brazos y sale corriendo) y regresa a casa de su madre a contarle lo sucedido y ésta no lo cree. Meses más tarde conoce a su pareja actual con quién se va a vivir en unión libre. Menciona que no sabe porqué, que piensa que tal vez se quería salir de su casa y por eso no lo conoció bien. A los 20 años se casa con él (meses después de vivir con él) y unos meses después inician los problemas con su esposo (discusiones, peleas, gritos), peleaban constantemente. Posteriormente deciden tener hijos. Actualmente vive con su esposo y su hija de tres años. Vive en una casa que cuenta con todos los servicios, cerca de la casa de su madre.

V. Examen mental.

La paciente se muestra cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Viste adecuadamente, acostumbra tener hábitos adecuados de higiene y aliño. Se encuentra conciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Alerta a los estímulos que se le presentan. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración. No presenta alteraciones en la memoria. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente. El tono y velocidad son adecuadas. No presenta alteraciones de pensamiento. Adecuada capacidad de juicio y sin alteraciones sensoriales. Presenta sentido de realidad y habilidades de introspección. Al parecer adecuadas capacidades intelectuales. En cuanto al estado de ánimo se presenta alegre a las sesiones y se observa adecuación de las respuestas emocionales al contexto en que se encuentra. No presenta alteraciones motoras. Se encuentra inquieta, se observaban movimientos continuos en manos y tensión muscular, menciona sentirse nerviosa e intranquila.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial.

Antecedentes	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p>Externos</p> <p>¿Con quién le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hija ▪ Esposo ▪ Hermana ▪ Mamá ▪ Vecinas <p>¿En dónde le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa ▪ Calle ▪ Casa de su mamá <p>¿Cuándo le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando la gente se ríe de algo y ella no sabe de qué se ríen. ▪ Cuando hablan de algo y ella desconoce de qué hablan. ▪ Cuando alguien hace referencia a algo que ella no puede hacer. <p>Tema: Situaciones donde desconoce el tema de conversación o la causa de risas. Cuando hacen referencia a incapacidades que tiene o errores que comete.</p> <p>Internos</p> <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión muscular (dura de todo el cuerpo) ▪ Calor en la cara ▪ Enrojecimiento de la cara <p>Cognitivo</p> <p>Presenta pensamientos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se burlan de mí ▪ No me hace caso mi hija ▪ No puedo hacer nada <p>Historia del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Su madre hacía referencia de sus incapacidades desde pequeña. ▪ Se burlaban sus compañeros de la escuela cuando tartamudeaba o se equivocaba. ▪ Su esposo habla constantemente de lo que no puede hacer. <p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se presenta al estar casada e iniciar las dificultades con su esposo. ▪ Se presenta con mayor intensidad al nacer su hija y estar al cuidado de ella. 	<p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsable ▪ Disciplinada ▪ Auto observación (aunque centrada en aspectos negativos). ▪ Independiente ▪ Habilidades para dibujar. ▪ Realizar limpieza de la casa. ▪ Disfruta pasar tiempo con su hija. <p>Deficiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades sociales ▪ Solución de problemas <p>Valores y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos se ríen de mí. ▪ No puedo confiar en los otros. ▪ No puedo hacer nada. ▪ No le importo a nadie. 	<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inquietud (mueve las manos continuamente). ▪ Gritar ▪ Pegar a su hija ▪ Evitar estar con su hija <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ríen de mí. ▪ Soy una tonta. ▪ Se burlan de mí. ▪ Mi esposo no me apoya, deja que me humillen. ▪ No le tengo paciencia a mi hija. ▪ No entiendo a mi hija. ▪ Mi mamá no me ayuda, no me quiere. ▪ Se aprovechan de mí. ▪ Mi esposo no me quiere. ▪ Mi mamá me pegaba y ahora yo le pego a mi hija. <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor de cabeza. ▪ Taquicardia (me late el corazón más rápido y fuerte). ▪ Aumento en la temperatura corporal (cabeza caliente y cara roja). ▪ Respiración agitada (respiro rápido). ▪ Tensión muscular (se me pone el cuerpo duro, me siento dura). ▪ Gastritis (dolor y ardor de estómago). 	<p>Inmediatas</p> <p>Externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión (dura). ▪ Dolor de estómago ▪ Irritabilidad (grito, me molesto por cualquier cosa). ▪ Llanto <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No puedo ▪ Se ríen ▪ Soy mala para todo <p>¿Qué hacen los otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Su esposo le dice que no se controla, que ella provoca las cosas. ▪ Su hija llora y no obedece, le pega. <p>Mediatas</p> <p>Externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor de cabeza ▪ Gastritis <p>¿Qué hacen los otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas con otros: peleas, gritos ▪ Favorece otras discusiones.

VII. Padecimiento actual.

La paciente reporta sentirse *mal, traumada por todo lo que me ha pasado, nerviosa y con problemas con mi hija porque le pego y me desespera. Quiero aprender a tratar a mi hija para no pegarle ni que me desespere, y a no estar tan nerviosa (sic. paciente)*. Esto se caracteriza a través de diferentes respuestas que Marcela presenta. A nivel motor por presentar movimiento continuo de las manos (inquietud), gritar, pegar a su hija y en ocasiones evitar estar con ella. A nivel cognitivo se observa la presencia de pensamientos tales como soy una tonta, se ríen de mí, se burlan, mi esposo no me apoya, deja que me humillen, no le tengo paciencia a mi hija, no la entiendo. Mi mamá no me ayuda, no me quiere, se aprovechan de mí, mi esposo no me quiere. Mi mamá me pegaba y ahora yo le pego a mi hija. En cuanto al área fisiológica se caracteriza por presentar dolor de cabeza, gastritis, tensión muscular y respiración agitada. Lo anterior se hace altamente probable cuando interactúa con las personas cercanas a ella como lo son su esposo, hija, madre y hermana. Puede presentarse cuando se encuentra en su casa, la casa de su madre y en la calle. Se observa que generalmente se presenta cuando alguien hace referencia a incapacidades o errores que comete, cuando la gente habla y ella desconoce el tema, o éstas se ríen y ella no sabe porqué lo hacen.

Por otro lado, se observan reacciones fisiológicas que anteceden a las respuestas descritas como: tensión muscular, enrojecimiento y calor en la cara. Presenta también pensamientos antecedentes (se burlan de mi, mi hija no me hace caso, no puedo hacer nada). Se identifican aspectos relacionados con el problema en los antecedentes de desarrollo en las diferentes áreas: la burla que sus compañeros de escuela hacían hacia ella cuando tartamudeaba o se equivocaba, la referencia que su madre hacía de sus incapacidades cuando era pequeña y la constante referencia que su esposo realiza acerca de lo que no puede hacer.

La paciente menciona que lo anteriormente descrito inicia al casarse, a partir de las dificultades que tenía con su esposo, presentándose con mayor intensidad al tener que cuidar a su hija. Como consecuencia a éstas respuestas se siente tensa, llora con facilidad y le duele el estómago, ante lo cuál su esposo reacciona de forma indiferente o agresiva mencionando que ella provoca lo que le sucede, por otro lado, su hija llora o no la obedece. Se observa que favorece la aparición de otras discusiones. Las consecuencias anteriores le ha ocasionado padecer dolor de cabeza frecuentemente y gastritis. La paciente también menciona que lo anterior se presenta con mayor intensidad ante dificultades que se le presentan como lo fue la hospitalización de su hija.

Se observan capacidades de auto observación, aunque centrada en lo negativo, ocasionando la aparición de pensamientos con características catastróficas y de abstracción selectiva. Se identifican creencias tales como no puedo confiar en los otros, todos se ríen de mí, no le importo a nadie y no puedo hacer nada, que quizá la conducen a reaccionar como lo hace.

Éstas se relacionan con los antecedentes que se observan en la paciente en el área familiar, relación con los padres y maltrato por parte de ellos, abusos sexuales, antecedentes en el área escolar, fracasos escolares, relación con sus compañeros, déficit en relaciones sociales y actuales padecimientos médicos. Identificando así estrategias de afrontamiento que la conducen a responder de ésta forma.

VIII. Evaluación multiaxial, DSM-IV-TR.

Eje I. Trastornos clínicos: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

- A. Presenta ansiedad y preocupaciones excesivas acerca de la salud, relaciones con otros y eventos que suceden.
- B. Le resulta difícil controlar el estado de preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a los síntomas de inquietud, irritabilidad y tensión muscular por más de seis meses.
- D. Presenta quejas a múltiples síntomas clínicos.
- E. La ansiedad provoca malestar significativo en el área social, familiar y laboral.
- F. Las alteraciones no se deben a efectos fisiológicos de sustancias o enfermedad médica.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Z03.2 [V71.09]. Ninguno.

Eje III. Enfermedades médicas: gastritis.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abuso físico por parte de los padres, sexual, conflicto con su hermana y pareja.
- Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado. No tiene amigos.
- Problemas laborales: dificultades para vender la ropa, deudas, desempleo.
- Problemas de vivienda: conflicto con los vecinos.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 60, síntomas moderados, dificultades en diversas áreas.

IX. Estrategia terapéutica.

- Se inició la intervención con el objetivo de controlar y disminuir la ansiedad a través de la técnica de relajación profunda y respiración diafragmática para favorecer así la incompatibilidad de respuesta de ansiedad.

- Se realizó la identificación de pensamientos automáticos a través de la identificación mediante registros de pensamientos, conducta y emoción.
- Se realiza debate de pensamiento con relación a las cogniciones que presenta acerca de sus capacidades, habilidades y auto imagen.
- Actualmente se identifican creencias que favorecen la respuesta de ansiedad y así posteriormente realizar reestructuración cognitiva y trabajar con aquellos aspectos relacionados con su historia de desarrollo (las causas y origen del trastorno).
- Posteriormente se realizará el entrenamiento en relajación progresiva para continuar con el control y manejo de síntomas de ansiedad.
- Se integrará el entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la relación con los otros.
- Se analizarán antecedentes y consecuentes relacionados al estilo de afrontamiento que presenta actualmente (evitativo y vigilante) y favorecer respuestas adaptativas.
- Actualmente el servicio de psiquiatría ha suspendido el tratamiento farmacológico debido a que reportan que una mejoría.

Apéndice B

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL ÁREA DE PSICOLOGÍA

Nombre: Rosalba León Samperio
Sexo: Femenino
Edad: 35 años
Escolaridad: Carrera Comercial y Secretarial
Estado civil: Casada
Religión: Católica
No. de Expediente: 641675

Motivo de Consulta:

Paciente femenino de 35 años en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico que se presenta para valoración psicológica.

Instrumentos Empleados:

1. Entrevista Estructurada para Trasplante Renal
2. Inventario de Depresión de Beck.
3. IDARE
4. Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP
5. Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal
6. Instrumento en Modos de Afrontamiento

Descripción del Paciente:

Paciente masculino de 35 años con edad aparente igual a la cronológica; se presenta en condiciones de aliño e higiene adecuadas. Originario del estado de Hidalgo, donde radica acompañada de sus dos hijas, la mayor de 14 y la menor de 8 años. Reporta tener buena relación con su esposo el cual se encuentra trabajando en el extranjero. Actualmente la madre de 55 años la apoya en los cuidados y con el cuidado de las hijas.

Rosalba se mostró cooperadora durante las entrevistas haciendo uso de un lenguaje coherente, congruente y lógico. Maneja un afecto dentro de los límites normales, así mismo cuenta con una inteligencia normal promedio. No presenta alteraciones en la sensorpercepción, concentración, juicio; memoria a corto y largo plazo conservadas.

Rosalba se encuentra orientada en las tres esferas de pensamiento, emoción y juicio.

Evolución:

Rosalba se encuentra actualmente en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico, muestra una adecuada aceptación a la enfermedad al igual que el cumplimiento de los cuidados necesarios. La paciente posee buenas estrategias de afrontamiento. Rosalba se encuentra bajo tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria a partir de diciembre del 2004.

Comprensión de la Enfermedad:

Rosalba conoce el diagnóstico de la enfermedad así como las consecuencias de no seguir un tratamiento. Mantiene un locus de control interno ante su salud reportando que los cuidados que tenga interfieren directamente en su salud. Conoce las probabilidades de éxito del trasplante de donador cadavérico y acepta el riesgo que implica ser trasplantado. Reporta estar interesada en trasplantarse para poder permanecer al lado de sus hijas y lograr una mejor calidad de vida.

Motivación para el Trasplante:

Rosalba comenta que desea ser trasplantada para continuar con vida, lograr una mejor calidad de vida y para sacar adelante a sus dos hijas. La decisión de trasplantarse es completamente personal y legítima, refiere recibir apoyo de su madre.

Relación Familiar:

La relación de Rosalba con su familia es buena, actualmente vive con sus dos hijas la mayor de 14 años y la menor de 8 años, el esposo vive aparte pues actualmente trabaja en el extranjero (EU). Refiere también poseer una convivencia agradable con su madre.

Resultados de los Instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck: Depresión leve sin contraindicación para el trasplante.

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

Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP: Moderadamente expresiva y afectuosa, con inteligencia dentro de los límites normales. Se enfrenta a la realidad, aunque desacata las reglas tiende a ser más indulgente y obediente. Tendencia a la suspicacia y a la practicidad, además de ser muy respetuosa de las ideas establecidas. Inclined a ser autosuficiente e impulsiva.

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

Instrumento en Modos de Afrontamiento: La Paciente muestra estrategias de afrontamiento sin contraindicación para el Trasplante.

Conclusión:

Con base a la información recabada se propone a Rosalía León Samperio con número de expediente 641675, como candidata apta psicológicamente para someterse a un trasplante renal, pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometida y ha aceptado por su propia voluntad participar en protocolo de trasplante.

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

ATENTAMENTE

México D.F. a 16 de mayo de 2006

Psic. Salomón Bello Carmona
R1 Medicina Conductual
Servicio de Trasplante Renal

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe de servicio de Psiquiatría

C. Rosalba León Samperio
Paciente

Apéndice C

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL ÁREA DE PSICOLOGÍA

Nombre: José Juan Pérez Salas

Sexo: Masculino

Edad: 25 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Casado

Religión: No creyente

No. de Expediente: 636080

Motivo de Consulta:

Paciente masculino de 25 años en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado que se presenta para valoración psicológica.

Instrumentos Empleados:

7. Entrevista Estructurada para Trasplante Renal (EETR)
8. Inventario de Depresión de Beck.
9. Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado IDARE
10. Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP
11. Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal
12. Instrumento en Modos de Afrontamiento

Descripción del Paciente:

Paciente masculino de 25 años con edad aparente igual a la cronológica; se presenta en condiciones de aliño e higiene adecuadas. Originario del estado de Hidalgo, donde radica acompañado de su esposa e hijos. Reporta tener buena relación con su padre (donador), madre y hermano.

José Juan se mostró cooperador durante las entrevistas haciendo uso de un lenguaje coherente, congruente y con noción del padecimiento. Maneja un afecto dentro de los límites normales, así mismo en base a las sesiones clínicas aparenta contar con una inteligencia normal promedio. No presenta alteraciones en la sensopercepción, concentración, juicio; memoria a corto y largo plazo conservadas.

José Juan se encuentra orientado en las tres esferas de pensamiento, emoción y juicio.

Evolución:

José Juan muestra una adecuada aceptación de la enfermedad tras dos años de diagnóstico al igual que el cumplimiento de los cuidados necesarios, inicialmente llevaba un tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal adecuadamente pero a consecuencia de una complicación con el apéndice paso a tratamiento de hemodiálisis. José Juan se encuentra actualmente en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo

Relacionado, las estrategias de afrontamiento que posee no han comprometido la realización de sus actividades ni el seguimiento de los cuidados.

Comprensión de la Enfermedad:

José Juan conoce el diagnóstico de la enfermedad así como las consecuencias de no seguir un tratamiento. Mantiene un locus de control interno ante su salud reportando que los cuidados que tenga interfieren directamente en su salud. Conoce las probabilidades de éxito del trasplante de donador vivo relacionado y acepta el riesgo que implica ser trasplantado. Reporta estar interesado en trasplantarse.

Motivación para el Trasplante:

José Juan comenta que desea ser trasplantado para continuar con vida pues la opción de tratamiento que está llevando (hemodiálisis) es limitada, reconoce que el trasplante es un tratamiento para su enfermedad y no una cura que sin embargo le puede brindar una mejor calidad de vida para él y los que le rodean. La decisión de trasplantarse es completamente personal y legítima, refiere contar con el apoyo de su familia.

Relación Familiar:

La relación de José Juan con su familia es buena, actualmente vive con su esposa de 25 años, e hijos la mayor de 2 años y el menor de 1 año. Refiere también poseer una convivencia agradable con su hermano y padres a los que desea ayudar una vez que se trasplante.

Resultados de los Instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck: Depresión mínima sin contraindicación para el trasplante. Refiere cansancio, debilitamiento y mayor esfuerzo para la realización de sus actividades, sin embargo estos son síntomas asociados a la enfermedad.

Inventario de Ansiedad de Beck: presenta ansiedad mínima sin contraindicación para el trasplante.

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

Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP: José Juan se muestra activo ante las situaciones la mayor parte del tiempo, asume los hechos con seriedad y realismo; tiende a seguir las indicaciones con frecuencia. Su comportamiento es coherente con sus creencias y decisiones, adopta soluciones prácticas y mantiene un estado de ánimo relajado y estable. Se percibe como autosuficiente, conservador y seguro de sí mismo.

Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal: El paciente cuenta con el apoyo de su familia aunque refiere ser el principal encargado de sus cuidados; conoce los riesgos y las acciones preventivas y de mantenimiento de la salud en pacientes con Insuficiencia Renal. Muestra adecuada adherencia sin contraindicación para el Trasplante.

Instrumento en Modos de Afrontamiento: El Paciente muestra estrategias de afrontamiento sin contraindicación para el Trasplante.

Conclusión:

Con base a la información recabada se propone a **José Juan Pérez Salas** con número de expediente **636080**, como candidato apto psicológicamente para someterse a un trasplante renal, pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometido y ha aceptado por su propia voluntad participar en protocolo de trasplante.

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

ATENTAMENTE

México D.F. a 26 de septiembre de 2006

Psic. Salomón Bello Carmona
R1 Medicina Conductual
Servicio de Trasplante Renal

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe de servicio de Psiquiatría

C. José Juan Pérez Salas
Paciente

Apéndice D

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL ÁREA DE PSICOLOGÍA

Nombre: José Praxedes Pérez Alonso

Sexo: Masculino

Edad: 47 años

Escolaridad: Primaria

Estado civil: Casado

Religión: Católica

No. de Expediente: 656146

Motivo de Consulta:

Paciente masculino de 47 años de edad en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo que se presenta como donador para valoración psicológica.

Instrumentos Empleados:

13. Entrevista Estructurada para Trasplante Renal (EETR)
14. Inventario de Depresión de Beck.
15. Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado IDARE
16. Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP
17. Instrumento en Modos de Afrontamiento

Descripción del Paciente:

Paciente masculino de 47 años con edad aparente igual a la cronológica; se presenta en condiciones de aliño e higiene adecuadas. Originario del estado de Hidalgo, donde radica acompañado de su esposa y la familia de su hijo (receptor). Reporta tener buena relación con su esposa, hijo, nuera y nietos además de tener una convivencia frecuente con los mismos. Actualmente apoya económicamente y en los cuidados a su hijo José Juan (receptor).

José se mostró cooperador durante las entrevistas haciendo uso de un lenguaje coherente, congruente y lógico. Maneja un afecto dentro de los límites normales, así mismo cuenta con una inteligencia normal promedio. No presenta alteraciones en la sensoripercepción, concentración, juicio; memoria a corto y largo plazo conservadas.

José se encuentra orientado en las tres esferas de pensamiento, emoción y juicio.

Comprensión de la Enfermedad:

José posee los conocimientos del diagnóstico de la enfermedad así como las consecuencias para José Juan de no seguir un tratamiento. Mantiene un locus de control interno ante sus actos. Conoce igualmente las probabilidades de éxito del trasplante y acepta el riesgo que implica ser donador. Reporta estar seguro en donar para poder cumplir con una obligación como padre y proporcionar ayuda a su hijo en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Motivación para el Trasplante:

José comenta que desea ser donador para ayudar a su hijo a lograr una mejor calidad de vida y para que salga adelante. La decisión de donar es completamente personal y legítima, refiere recibir apoyo de sus familiares.

Relación Familiar:

La relación de José con su familia es buena, actualmente vive con su esposa y la familia de su hijo (receptor). Así mismo la relación con su otro hijo es buena también. Refiere poseer una convivencia agradable con su hijo (receptor).

Resultados de los Instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck: Depresión mínima, refiere condiciones sin contraindicación para el trasplante.

Inventario de Ansiedad de Beck: Ansiedad leve sin contraindicación para el trasplante.

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

Escala de los 16 Factores de Personalidad 16 FP: José generalmente es una persona activa, confiada y estable emocionalmente. Ante los hechos suele ser aprensivo, sensible y relajado. Se muestra altamente conservador y se percibe como una persona reservada, despreocupada y controlada..

Instrumento en Modos de Afrontamiento: José muestra estrategias de afrontamiento sin contraindicación para el Trasplante.

Conclusión:

Con base a la información recabada se propone a **José Práxedes Pérez Alonso** con número de expediente 656146, como candidato apto psicológicamente para someterse a un trasplante renal (donador), pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometido y ha aceptado por su propia voluntad participar en protocolo de trasplante.

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

ATENTAMENTE

México D.F. a 26 de septiembre de 2006

Psic. Salomón Bello Carmona
R1 Medicina Conductual
Servicio de Trasplante Renal

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe de servicio de Psiquiatría

C. José Práxedes Pérez Alonso
Donador

Reporte de Experiencia Profesional en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán – Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Habilidades sociales y entrevista de primera vez en residentes de Algología

*Salomón Bello Carmona
Universidad Nacional Autónoma de México*

La experiencia física de dolor, imprescindible para la regulación de la vida, está presente en la mayoría de las enfermedades ya que sirve como señal de alarma informando respecto a un posible daño, sin embargo su función de alerta queda en segundo plano cuando llega a ser tan intenso que se convierte en la experiencia humana más absorbente y desagradable. Como síntoma médico es la causa más frecuente por la que las personas acuden a los centros de salud y es la razón más común para la auto medicación en; cuando finaliza produce automáticamente una sensación de bienestar; por el contrario si la experiencia de éste se perpetúa, se torna más bien en un problema en sí mismo sin una función clara para la supervivencia, representando una carga para el que lo padece y un reto para el médico y los familiares, en cuanto a las consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas (Eccleston, 2001; van-der Hofstadt y Quiles, 2001).

Originalmente se consideraba al dolor como la mera expresión desagradable de un daño tisular o el concomitante natural de diversas dolencias, quedando reducido al ámbito semiológico y sin un abordaje específico. Dicho enfoque era apropiado únicamente para los casos de dolor agudo de corta duración, donde las molestias ocurrían generalmente en respuesta a una lesión de tipo mecánico, por quemaduras o debido a daños específicos a ciertos órganos. Sin embargo cuando se presentaban casos de dolores refractarios al tratamiento donde no existía una evidencia clara de un estímulo específico que produjera dicho daño y se acompañaba de considerables molestias para los pacientes, tal concepción del dolor era insuficiente y parcial, llegando entonces a considerarse dos modalidades de dolor: agudo y crónico, originados por

mecanismos diferentes y susceptibles a tratamientos diferentes (Bazako, 2001; Donker, 1999).

Según Turk y Melzack (1986) el dolor asociado a daño tisular, inflamación o proceso de enfermedad con una duración relativamente corta recibe el nombre de *dolor agudo*; mientras que el dolor asociado a un proceso de enfermedad o a una lesión no resuelta en el tiempo estimado de recuperación y que se extiende por un periodo prolongado de tiempo se llama *dolor crónico*. Guevara y De Lille (2008) enlistan las diferencias entre dolor agudo y dolor crónico, estableciendo como características del primero un tiempo limitado de duración, una etiología definida, usualmente se acompaña por la activación del sistema nervioso simpático y su tratamiento posee altas probabilidades de éxito. Por el contrario el *dolor crónico* se caracteriza por un período de duración indefinido, dificultad en el establecimiento de una etiología clara, adaptación del sistema nervioso simpático, el tratamiento generalmente no es efectivo produciendo a veces iatrogenias, y puede estar asociado a consecuencias psicológicas significativas.

Una diferencia fundamental entre el dolor agudo y el crónico es su causa, según Donker (1999) durante muchos años se consideró que el dolor era un acontecimiento de carácter neurofisiológico, resultado de un estímulo conducido a lo largo de las vías nerviosas a través de un sistema aferente específico al centro del dolor en el cerebro, mediante el mecanismo conocido como *nocicepción*; el cual es responsable de la mayoría de los problemas de dolor agudo, así como de una cantidad considerable de los de dolor crónico. Sin embargo esta particular vía neural es bastante más compleja de lo que se pensaba, ya que en la forma crónica del dolor la señal puede estar modulada por otras sensaciones aferentes e, incluso, por impulsos inhibitorios descendentes de otros centros nerviosos como lo explica la *teoría de la compuerta* de Melzack y Wall (1965), según la cual el dolor no es el resultado de un proceso lineal, sino que la percepción del dolor está sujeta a una serie de modulaciones en la médula espinal.

A grandes rasgos según Donker (1999), la *teoría de la compuerta* sostiene que los impulsos nerviosos producidos por los receptores sensoriales tras la estimulación sufren una modulación en la médula espinal dependiendo de la actividad de ciertas fibras nerviosas, lo que determina la apertura o no de la compuerta y la llegada o no de los impulsos nerviosos al cerebro. Adicionalmente dicha teoría sostiene que existen

también señales aferentes no dolorosas que pueden inhibir las señales de dolor que llegan al cerebro y señales rápidas que pueden desviar el sistema de compuerta para alertar a los centros superiores de que deben producir señales descendentes supresoras que actúen sobre la compuerta. Ésta teoría permitió explicar también por qué los centros nerviosos superiores pueden influir en el incremento o decremento de las señales dolorosas que llegan; así como entender por qué otras sensaciones aferentes no dolorosas como las provenientes del masaje, la fisioterapia o el ejercicio interfieren e, incluso, suprimen las señales aferentes dolorosas.

De este modo la clasificación del dolor en *agudo* y *crónico* permitió no sólo diferenciar dos tipos de experiencia sino que contribuyó al establecimiento de una clasificación del *dolor crónico* en síndromes de dolor más específicos dependiendo de diversos criterios. Por ejemplo, por su localización, es decir en función de los órganos o aparatos afectados, el dolor crónico puede dividirse en: *periférico*, *somático*, *visceral* y *neuropático*; en cuanto a criterios temporales, los cuadros clínicos pueden distinguirse por su inicio dividiéndose en *brusco* y *progresivo*; por su curso, que puede ser *intermitente*, *continuo* o *con exacerbaciones esporádicas*; por su ritmicidad la cual puede ser *diaria* o *estacional*; y por su tipo en *benigno* y *maligno*, siendo el dolor neoplásico el prototipo de dolor maligno (Bazako, 2001; Guevara y De Lille, 2008; van der Hofstadt y Quiles, 2001).

Así pues según Miró (2003), la forma de entender el dolor ha experimentado importantes cambios, pues se ha progresado desde una posición inicial restrictiva y unidimensional en la que se consideraba al dolor como un fenómeno de mera naturaleza fisiológica, hasta una posición de carácter multidimensional, como lo sugerían entre otros Wall, Melzack y Casey (1968). Para éstos, los mecanismos fisiológicos desencadenantes de la experiencia de dolor representaban los componentes sensoriales del mismo, pero éste se acompañaba de otros componentes como los motivacionales y emocionales; inclusive Melzack y Casey (1968) desarrollaron un modelo multidimensional del dolor donde describen tres categorías involucradas en el presente fenómeno: *sensorial – discriminativa*, *motivacional – afectiva* y *cognitivo – evaluativa*. Los cambios en la concepción del dolor fueron posibles también gracias al trabajo del médico John Bonica fundador de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que en 1979 define al dolor como una *experiencia sensorial y emocional*

desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial descrita en términos de la misma.

Para Chapman (1986, citado en Miró, 2003) la definición del dolor realizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la conceptualización del dolor, pues lo considera como algo subjetivo, invalida el concepto de dolor como mera modalidad sensorial y lo presenta como una experiencia compleja otorgando importancia a la conducta del sujeto además de que reconoce que el dolor implica sensaciones físicas y respuestas psicológicas. Por lo que en efecto, la experiencia de dolor crónico implica la participación de fenómenos psicológicos y a su vez conlleva cambios en dicha esfera en las personas que lo padecen. Sin embargo antes de presentar las manifestaciones psicológicas que conlleva la experiencia de dolor crónico, se mencionarán de forma general las manifestaciones físicas que según Guevara y De Lille (2008) conllevan los diferentes tipos de síndromes dolorosos, consecuencias tales que varían de uno a otro y que son atendidas por los especialistas en dolor llamados Algólogos.

El *dolor neuropático* se caracteriza por dolor en ausencia de lesión concurrente o daño tisular agudo, es decir, es un fenómeno de una naturaleza difusa, excesivamente apremiante y complejo que continúa por meses o años tras la lesión, o sea de inicio tardío después de la lesión. En la mayoría de los casos es continuo con exacerbaciones y se puede acompañar con disminución de la sensibilidad en algunos sitios así como de hipersensibilidad en otros. El *dolor neuropático* generalmente se acompaña de *hiperalgesia*, que es la respuesta aumentada ante un estímulo doloroso, *hiperpatía*, que es el incremento en la reacción ante un estímulo repetido, *alodinia*, que es la experiencia de dolor debida a un estímulo que normalmente no lo produce como el roce de la ropa, y *disestesias*, que son sensaciones anormales y displacenteras, espontáneas o provocadas. En éste síndrome doloroso se experimenta dolor quemante, urente, *paroxístico*, es decir, fulgurante o punzante; descargas aberrantes, espontáneas ante estímulos térmicos, químicos o mecánicos, que habitualmente no eran percibidos como nocivos. Se puede acompañar también con déficit sensorial y cuando es muy severo resulta altamente incapacitante e insoportable para el que lo padece. Se clasifica en los subtipos I y II, dónde las características del primero, son presencia de sensaciones de quemadura, dolor urente, continuo, con intensidad de moderada a intensa; mientras que las características

del subtipo II consisten en dolor paroxístico, punzante, descargas eléctricas, calambres, pueden ser sensaciones aisladas o en grupos de descargas, generalmente siguen un trayecto nervioso irradiándose a todo lo largo del nervio afectado y con grado de intensidad elevada.

El *dolor central* como su nombre lo indica, comprende a todos los que tienen su sitio de origen en el sistema nervioso central, como las secuelas de accidentes cerebro vasculares, hiperpatías talámicas y miembro fantasma. Son dolores de tipo espontáneo desencadenados sin una causa determinada, el dolor se caracteriza por sensaciones urentes, punzantes o continuas; con grado de intensidad de moderada a intensa, incluso insoportable, y pueden estar ubicadas en la piel, el músculo o el hueso.

El *dolor visceral* es aquél asociado a una lesión o estímulo nocivo sobre estructuras viscerales que tiene un gran efecto sobre el sistema nervioso autónomo, por lo que se acompaña de hiperactividad autónoma manifestada por sudoración, piloerección y cambios vasomotores. Clínicamente se subdivide en dos tipos, el primero es descrito como dolor sordo, vago, amortiguado, en el cual es difícil precisar el sitio doloroso, frecuentemente referido a sitios distantes del origen y asociado a náusea y vómitos, diaforesis, bradicardia y descenso de la presión arterial, y no se modifica con el cambio de posición de la víscera enferma. El segundo tipo se presenta en forma tardía, es más agudo, con sensaciones de tipo puñalada, más localizado, se detecta en la pared abdominal, se relaciona con la posición de la víscera enferma, generalmente se acompaña de náusea, se asocia con contracturas musculares, dolor a la presión, *hiperalgesia* que es la respuesta aumentada a un estímulo doloroso, e *hiperestesia* que es la sensibilidad aumentada a la estimulación. Respecto al origen el *dolor visceral* se subdivide en uno, debido a enfermedad de las vísceras y un segundo, que se debe a la afectación de cualquiera de las paredes del abdomen, igualmente otra clasificación de éste síndrome doloroso incluye los tipos dolor parietal referido y no referido, así como dolor visceral referido y no referido.

El *dolor somático profundo* está localizado en los músculos y estructuras osteoarticulares, se caracteriza por ser un dolor de tipo sordo, mal definido y mal localizado, de variaciones poco claras; cuando acompaña a las metástasis óseas o a los dolores agudos postraumatismo es de tipo constante, intenso, bien localizado, opresivo y punzante

Para Guevara y De Lille (2008) la forma de experimentar dolor depende además de los aspectos biológicos y neurofuncionales, de variables como la personalidad, experiencias dolorosas previas, estatus sociocultural, estado emocional en el momento del estímulo nociceptivo, e inclusive, las experiencias dolorosas de personas cercanas e importantes. Mientras que Donker (1999) y Miró (2003) enfatizan que en la forma crónica del dolor las quejas son provocadas por otros factores distintos de los meramente nociceptivos, y que el dolor es una experiencia perceptiva compleja resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales.

Como ya se menciona los pacientes con dolor crónico experimentan no sólo problemas de tipo físico, el área psicológica resulta gravemente afectada debido a problemas emocionales atribuibles a diversos factores entre los que están miedo a la experiencia desagradable, redes de apoyo insuficientes, fallas en las estrategias de afrontamiento a las demandas externas, complicaciones derivadas del tratamiento físico, uso excesivo de medicamentos, discapacidad para trabajar, problemas económicos, cambios en las actividades diarias y trastornos del sueño. Aunado a lo anterior la presencia de algún trastorno psicológico o un diagnóstico difícil pueden ser también una fuente de estrés (Austrich, 2008). Para muchas personas el dolor se vuelve el centro de su vida, buscando de médico en médico, e institución en institución un diagnóstico acertado y un tratamiento efectivo. Adicionalmente a diferencia de los pacientes con dolor agudo, en los pacientes con dolor crónico el estrés derivado del padecimiento se acompaña de otros problemas que afectan todas las esferas de la vida del mismo, provocando sentimientos de desesperanza, desmoralización, ansiedad, frustración, enojo y depresión (Turk y Melzack, 2000).

Por su parte Sternbach (1974, citado en Bazako, 2001) menciona que el complejo cuadro de dolor se caracteriza por la presencia de un conjunto de problemas específicos, como percepción del fracaso de los resultados terapéuticos y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz; dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico; exceso de reposo y reducción significativa del nivel de actividad física; abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos; trastornos del sueño o deficiente calidad reparadora del mismo; alteraciones del humor y del estado del ánimo; reducción del nivel de actividad

funcional; deterioro de las habilidades de comunicación con predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor; abandono del trabajo con los consiguientes problemas de contacto de relación social y económicos; ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor; reducción en el acceso a consecuencias positivas y restricción de las fuentes de estimulación; así como modificaciones en el ambiente familiar por las relaciones basadas en la asistencia y los cuidados del paciente.

Entre los comportamientos catalogados como negativos posiblemente desplegados por esta población se encuentran: impulsividad, exaltación, irritabilidad, demandas excesivas, preguntas reiterativas, comportamiento difícil de modificar y exigencias de un trato especial, aunque las teorías explicativas alrededor de la psicología y el dolor consideran que no existe un perfil distintivo de personalidad de los pacientes con dolor crónico (Austrich, 2008). De manera conjunta variables como la personalidad, el género, la edad y la cultura pueden intervenir como un medio para enfrentar las diferentes circunstancias estresantes influyendo en la capacidad de las personas con dolor para contender y contener los factores estresantes, buscar las diferentes maneras de resolver los conflictos, o en determinado caso experimentar ansiedad, depresión, ira, irritabilidad, obsesividad, hipomanía y paranoia (Miró, 2003; Paeile y Bilbeny, 1997).

Según Austrich (2008) la mayoría de las investigaciones estudian las características de personalidad de pacientes que han padecido dolor por años, pero se carece de estudios de seguimiento donde se tenga la valoración previa y evolución de un proceso doloroso crónico así como de sus secuelas específicas en la personalidad. Aunque menciona también que se ha encontrado que los pacientes con dolor crónico presentan la llamada *tríada neurótica* (hipocondriasis, histeria y depresión), la cual se asocia con la experiencia de un padecimiento crónico, sin ser privativa entonces de la población con dolor crónico.

Por su parte Turk y Rudy (1988, citados en: Vallejo, 2005) sugieren que es posible que haya dos grupos básicos de caracterización de los pacientes en cuanto a problemas derivados de la experiencia de dolor crónico; el de los *pacientes disfuncionales* formado con pacientes severamente afectados por el dolor con interferencias de éste en sus actividades diarias al grado de poseer un bajo nivel de

actividad y por tanto un impacto significativo en su vida; mientras que el otro grupo sería el de los *pacientes con estrés interpersonal* compuesto por personas que además de los problemas físicos presentan problemas interpersonales y sociales con estrategias y estilos de afrontamiento inadecuados, además de bajo apoyo social.

En cuanto a aspectos más específicos, se sabe que el modo de procesar la información, la capacidad de atención y distracción, las creencias, así como las explicaciones del dolor y las expectativas a futuro pueden generar suposiciones erróneas y evaluaciones negativas por parte del paciente agravando la sintomatología dolorosa y dificultando la rehabilitación (Paeile y Bilbeny, 1997). Y que las personas interpretan el dolor de acuerdo con las experiencias previas o en base a las expectativas de personas cercanas o contexto social, por lo que es posible que los pensamientos puedan generar explicaciones irracionales acerca del origen, persistencia o difícil manejo del dolor, siendo estos capaces de potenciarlo o ser igualmente aversivos, cómo en el caso de ciertos pensamientos específicos asociados con una menor tolerancia al dolor y ciertos estilos cognitivos relacionados a depresión y a niveles de incapacidad (Bazako, 2001; Miró, 2003).

Tales variables cognitivas se describen en los modelos multidimensionales psicológicos del dolor, mismos que explican como se articulan y organizan las diferentes categorías en esquemas funcionales, siendo el más influyente el de Melzack y Casey (1968). Según este modelo, el fenómeno de dolor se puede sistematizar en las categorías: *sensorial-discriminativa*, cuya función es la de transmitir la estimulación nociva informando con precisión acerca de la intensidad, localización, duración y cualidad de ésta; *motivacional-afectiva*, que caracteriza el dolor como desagradable y aversivo, desencadenando la generación de distintas respuestas emocionales como miedo o ansiedad, y motiva la conducta de escape o evitación; y la categoría *cognitivo-evaluativa*, la cual asigna un significado al dolor en función de las experiencias anteriores, contexto socioambiental, valores culturales, creencias, aspectos atencionales y tipos de pensamientos (Bazako, 2001). Otro ejemplo de modelo multidimensional pero aplicado al dolor oncológico es el desarrollado por Ahles (1983), citado en: Miaskowski (2005) que consta de cinco dimensiones: la *fisiológica*, describe la causa orgánica del dolor y provee información sobre el impacto en el nivel de funcionamiento, estado de ánimo y calidad de vida; la *sensorial*, describe la intensidad, localización y

cualidad del dolor; la *afectiva*, que incluye las respuestas emocionales, la experiencia de sufrimiento y la presencia de trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad; la *cognitiva*, la cual se enfoca en el significado atribuido al dolor, los procesos de pensamiento, estilos de afrontamiento, creencias, actitudes y conocimiento respecto al dolor y su tratamiento, así como la percepción que el individuo tiene de sí mismo; y finalmente la dimensión *conductual*, que evalúa el grado de actividad física y la ingesta de medicamentos entre otros aspectos.

Adicional a aspectos como la atención hacia el dolor y los pensamientos que pueden potenciar o disminuir el dolor, las conductas juegan también un papel importante. En la dimensión conductual, resulta importante distinguir entre *dolor*, *sufrimiento* y *conductas de dolor*; el *dolor* implica un proceso perceptivo en el que intervienen centros nerviosos superiores y algún tipo de estimulación nociceptiva; por otro lado el *sufrimiento* es un producto del dolor caracterizado por ser una experiencia interna, mientras que las *conductas de dolor* son la experiencia externa, es decir, la expresión y las formas de comunicar el dolor y el sufrimiento; son además conductas que intentan proteger al organismo de un posible empeoramiento de la situación (Bazako, 2001). En el Modelo Conductista para Dolor Crónico y Enfermedad, Fordyce (1968, citado en Miró, 2003) se distingue entre la experiencia privada o sea la percepción de dolor, incluida en las *conductas de dolor respondiente*, y las conductas que emite el sujeto en respuesta a este acontecimiento mediante las *conductas de dolor operantes*. Mientras que las *conductas de dolor* son en general el conjunto de comportamientos significativos de dolor o comportamientos que son interpretados como tales por las personas del entorno. Fordyce (1976, citado en Bazako, 2001) consideraba cuatro categorías de comportamiento relacionadas con el dolor: *conductas no verbales*, cómo suspiros, gemidos, contracciones o la adopción de posturas compensatorias; *informes verbales*, cómo descripciones de la intensidad o localización del dolor; *peticiones de ayuda*, respecto a fármacos, masajes, atención médica o exención de alguna tarea; y *conductas de limitación funcional*, que implican interrupción de la actividad por ejemplo, mediante el reposo.

Según Bazako (2001), la procedencia de los pacientes atendidos en las clínicas de dolor provienen principalmente de servicios como atención primaria, neurocirugía, traumatología, neurología, rehabilitación, cirugía plástica, ginecología y cirugía

maxilofacial; siendo los diagnósticos de dolor más frecuentes las lumbalgias, ciatalgias, dolor por cáncer, neuralgia post herpética, distrofia simpático refleja, causalgia y neuralgia del trigémino.

Ciertamente algunos síndromes de dolor disfuncionales, como las cefaleas o algunos dolores musculoesqueléticos, pueden desaparecer cuando las condiciones psicosociales que los acompañan se reducen, sin embargo problemas degenerativos o producto del propio paso del tiempo, como dolor reumático, oncológico u otros similares, requieren un tratamiento o al menos un seguimiento más largo en el tiempo. Estos últimos, que no cesan con la mera aplicación de unas técnicas durante un par de semanas y que requieren algo más de tiempo, requieren también una adaptación más compleja por parte del paciente (Vallejo, 2005).

Es así que la Medicina Conductual según Oblitas (2007), altamente eficaz para el tratamiento de las cefaleas mediante el empleo de técnicas específicas como el biofeedback o la relajación, ofrece una respuesta comprobable a otros profesionales de que las intervenciones psicológicas en áreas de problemas físicos logra dar resultados favorables, al actuar directamente sobre respuestas psicofisiológicas. Según Labrador, Muñoz y Cruzado (1990) la medicina conductual ha tenido una expansión tal que resulta imposible resumir los principales trabajos por lo que señalan cuatro campos de aplicación distintos: 1) *trastornos psicofisiológicos*, cuya separación de los trastornos físicos es cada vez menor, 2) *trastornos físicos*, 3) *apoyo a intervenciones médicas* y 4) *promoción de la salud*.

Para Labrador et al. (1990) la Medicina Conductual es el área interdisciplinaria comprometida con el desarrollo e integración de los conocimientos y tecnologías de las ciencias biomédicas y conductuales relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las estrategias en las que se basa la medicina conductual son cinco: 1) *Intervención directa*, dirigida a modificar trastornos de salud abordados también por la medicina física; 2) *Mejoras en la intervención de los profesionales de la salud*, sugiriendo e implementando estrategias de intervención más adecuadas, como contratos conductuales que favorecen el seguimiento del tratamiento; 3) *Cumplimiento o adhesión al tratamiento*, cuyo objetivo es maximizar los procedimientos potentes con los que se cuenta pero que frecuentemente no son seguidos por los clientes al igual que

las prescripciones del médico; 4) *Prevención de enfermedades*, dado el cambio en los patrones de enfermedad y morbilidad, indagando en la forma de vida del sujeto; y 5) *Diseño de nuevas estrategias de intervención*, incluyendo a su vez estrategias de relajación, autocontrol y biofeedback, teniendo en cuenta la atención multidisciplinaria.

Según Labrador et al. (1990) en el ámbito del dolor han demostrado la eficacia de las intervenciones bajo éste enfoque autores como Melzack (1983), Turk, Meinchenbaum y Genest (1983), Labrador y Vallejo (1984), Muñoz y cols. (1985), y Fordyce, Roberts y Sternbach (1985), entre otros. Por su parte Miró (2003) menciona que dos de los programas de intervención más significativos en dolor, son los que se utilizaban en el Centro Multidisciplinar del Dolor de la Universidad de Washington y en el Centro para la Evaluación y el Tratamiento del Dolor de la Universidad de Pittsburg; ambos orientados por una conceptualización del dolor inspirada en posiciones cognitivo-conductuales. Adicionalmente Oblitas (2007) menciona que en la actualidad, el dolor crónico y la fibromialgia se encuentran entre las principales áreas de aplicación de la psicología siendo abordados desde tratamientos unidimensionales como multicomponentes, es decir, considerando los aspectos emocionales, conductuales y físicos del fenómeno.

Protocolo en Habilidades Sociales y de Comunicación en Médicos Residentes de Algología.

La mayoría de las intervenciones psicológicas que se mencionan en la literatura relacionada con el manejo del dolor crónico, van dirigidas o se enfocan predominantemente en los pacientes y en el tratamiento (Austrich, 2008; Brown, 2004; Franstve & Kerns, 2007), dejando de lado un aspecto de gran importancia, como lo son las variables relacionadas con el médico. Es en virtud de las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes con dolor crónico reseñadas anteriormente que se procedió a optar por un abordaje dirigido a explorar un aspecto del especialista en dolor, tomando como elemento central del presente estudio los aspectos relacionados con las habilidades sociales del médico Algólogo durante la entrevista de primera vez, frente a una población descrita como difícil y con dificultades para la comunicación según Sternbach (1974, citado en Bazako, 2001).

Durante la entrevista clínica de primera vez se producen una serie de interacciones entre el paciente con dolor crónico y el especialista en dolor que están mediadas entre otras variables por las habilidades sociales de ambos. Sin embargo desarrollarnos socialmente de forma adecuada requiere generalmente una gran destreza, misma que según Caballo (1993) dependerá de las habilidades sociales que posea el individuo y del contexto en que se mueva. Para dicho autor una conducta socialmente habilidosa es *“aquella respuesta con que la gente esta de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular”*; para Hargie, Saunders y Dickson (1981, citados en Caballo, 1993) la conducta social habilidosa es *“un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo”*, mientras que para Robinson y Calhoun (1984, citados en Caballo, 1993) *“es el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor y terminaría con la emisión apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida”*.

Contrariamente la incompetencia social según León, Barriga, Gómez, González, Medina, y Cantero (1998, citados en Pades, 2003) se explica por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio conductual del sujeto, bien por una socialización

deficiente o bien por falta de experiencias sociales pertinentes, o por la inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta debida a presiones.

Según Lazarus (1973, citado en Pades, 2003), las principales clases de respuesta o dimensiones de las habilidades sociales son, *la conductual y verbal, la cognitiva, la fisiológica y la situacional*. En la dimensión *fisiológica* encontramos aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. Según Caballo (2002, citado en Pades, 2003) son la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, las respuestas electromiográficas y la respiración. La dimensión *cognitiva* se refiere a los procesos de pensamiento que se generan en la estructura neurológica del sistema nervioso y que mediatizan las respuestas del individuo cómo la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, las diferencias individuales en relación a la motivación y metas que se esperan ante una situación social, o el pronóstico que una persona realiza en relación al logro de los resultados ante una situación determinada, entre otros.

Resumiendo, el componente *conductual* de las habilidades sociales se ha dividido en elementos verbales y no verbales; los mensajes verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona, y dentro de estos componentes se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla y elementos de la comunicación. Entre los elementos no verbales se incluyen la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos y ciertos componentes paralingüísticos. Por último la dimensión *situacional* hace referencia al contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella, que según Fernández Ballesteros (1986, citado en Pades, 2003) pueden ser: físicas, como la temperatura o el hacinamiento; sociodemográficas, como la edad, el género, o la lengua; organizativas, determinadas por el ambiente; interpersonales o psicosociales, como roles y estereotipos; y conductuales, como los tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado.

Al estudiar los componentes de las habilidades sociales, esto puede hacerse desde dos niveles de análisis: el *molar* y el *molecular*. El enfoque molar incluye tipos de habilidad general, es decir, aspectos globales de la competencia social, como la defensa de los derechos, solicitud de citas o presentación ante un público. Cada una de esas

habilidades generales depende de una variedad de componentes moleculares de respuesta y las evaluaciones de éste enfoque son más bien generales. Por otro lado, el enfoque molecular consta de conductas concretas como el contacto ocular, la modulación de la voz o la expresión facial y está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social, dónde la conducta interpersonal se divide en componentes específicos que pueden medirse de forma individual (Caballo, 1993). Para McFall (1982, citado en Pades, 2003) al estudiar las habilidades sociales es necesario hacer un análisis molar y molecular de sus componentes.

Según Caballo (1993b) la evaluación de las habilidades sociales ha constituido un problema desde los comienzos de la investigación sistemática en este campo, pero Pades (2003) menciona que actualmente contamos con múltiples procedimientos para la evaluación de las habilidades sociales como el *análisis de las situaciones sociales* en dónde se enumeran las respuestas, se evalúa la efectividad de las mismas y cuando no es posible realizar observaciones directas de las respuestas de los individuos, se recurre a simulaciones de la situación. Otra técnica empleada es el *autoinforme*, dónde el individuo de forma oral o escrita proporciona información sobre aspectos del fenómeno en estudio y lo hace en un momento y en un contexto distintos de cuándo y dónde se produjo aquello sobre lo cual informa. La información en el autoinforme se refiere a dos ámbitos; por un lado datos sobre lo que le sucede y su comportamiento habitual; por otro sus opiniones sobre las relaciones de los eventos o fenómenos que describe o que le afectan (Miró, 2003). En el presente caso puede estar compuesto por preguntas o afirmaciones referidas a situaciones de interacción social. El *autorregistro*, dónde la persona se observa a sí misma durante varios días sucesivos y anota o registra instancias del fenómeno, y lo hace inmediatamente o en un breve plazo tras su ocurrencia. Las principales indicaciones de los autorregistros consisten en el estudio de los hábitos y de los patrones de conducta y sus variaciones en el tiempo (Miró, 2003). La amenaza más frecuente en ésta técnica es la falta de fiabilidad y la reactividad de los individuos. También la *entrevista* es una herramienta útil para analizar la conducta, las cogniciones así como las expectativas y la motivación, sirve para identificar las áreas problemáticas, identificar las variables que controlan la conducta e identificar objetivos para el tratamiento (Martin y Pear, 1999). Las entrevistas requieren de tiempo y una persona capacitada para realizarla (Pades, 2003).

Otra herramienta de utilidad que requiere menor tiempo y puede ser auto administrada son los *instrumentos* o *inventarios*, que bien diseñados pueden proporcionar información útil; sin embargo pueden presentar problemas como: a) sesgos de memoria por parte de los individuos, al éstos sólo recordar conductas favorables; b) *deseabilidad social*, fenómeno en dónde la persona manifiesta lo que cree que agrada más al terapeuta o investigador, evitando experimentar una discrepancia entre lo que piensa de su conducta y su conducta real; c) variabilidad de respuesta, ya que las conductas y cogniciones de un sujeto varían normalmente con las situaciones y con las personas; d) imprecisión en las respuestas, por la complejidad que representa clasificar en una frase la descripción de las conductas o pensamientos, y e) limitaciones, ya que generalmente los inventarios no recogen los elementos moleculares de la conducta social, cómo el contacto ocular o el volumen de voz. Ejemplos de instrumentos enfocados en algún área de las habilidades sociales son: Escala de Autoexpresión Universitaria (CSES) de Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974; Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) de Rathus, 1973; Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES) de Caballo, 1987; Escala de Retraimiento Social (SRS) de Jones y Rusell, 1982; Test de Autoverbalizaciones en la Interacción Social (SISST) de Glass y cols., 1982 (Caballo, 1993b).

Por su parte las *medidas conductuales*, como la observación natural de la conducta real en una interacción social, representan otra manera de evaluar las habilidades sociales. Según Donker (1999) cuándo se trata de comportamientos o fenómenos delimitados cuyos momentos de inicio y terminación se pueden establecer fácilmente, el método adecuado puede consistir en un **registro** de instancias de **frecuencias** y de la **duración**. Cuando los fenómenos no están circunscritos y sobretodo cuando varían en el tiempo, el método de elección es un **sistema de muestreo por tiempo**, en estos procedimientos la observación se efectúa de forma intermitente, en momentos predeterminados y se anota bien lo qué ocurre en ese momento (**registro discontinuo**) o bien lo qué ha ocurrido durante el intervalo desde el último momento de registro (**registro continuo**). Como obstáculos en su empleo se encuentran, la dificultad de controlar el tiempo, la reactividad producida por la presencia del observador; es complicada cuando la realiza un solo observador y cuando son más deben ser entrenados, finalmente cuando es una situación simulada la validez ecológica se ve afectada. Algunos ejemplos son: el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad

Social (SECHS) de Caballo y Buela 1988; la Prueba Conductual de Interacción Breve-Modificada, o el Test de Interacción Social Simulada (SSIT) de Curran, 1982 (Caballo, 1993b).

Según Pades (2003) las medidas conductuales son convenientes cuando los problemas del sujeto afectan a las relaciones con otras personas que se encuentran también en el ambiente observado, cuando la situación se presta a la observación porque la persona pasa un tiempo considerable en ella, y cuando las interacciones ocurren con frecuencia o puede predecirse su aparición. La autora comenta, adicionalmente que son útiles para evaluar frecuencia y duración de conductas simples de comportamientos sociales, pero no para evaluar habilidades complejas y la calidad de los comportamientos.

Ya sean conductas simples o comportamientos complejos, las habilidades sociales del médico Algólogo requieren de un contexto, siendo el de nuestro interés el de la consulta de primera vez, la cual recae principalmente en la realización de la entrevista médica, por lo que a continuación consideraremos algunos aspectos de la misma.

La entrevista médica, es descrita como el procedimiento clínico más practicado por los médicos y consiste en el encuentro interpersonal cara a cara entre el médico y el paciente; por sí sola produce los datos necesarios para el diagnóstico en la mayoría de las veces, establece más diagnósticos que los datos del examen físico y de laboratorio combinados; genera datos necesarios para el tratamiento y prevención; y es además el principal medio para transmitir información al paciente (Epstein, Campbell, Cohen-Cole, McWhinney y Smilkstein, 1993; Munuera, Mateo, Albert y Arreal 2004; Sogi, Zavala, Oliveros y Salcedo, 2006). Como habilidad clínica esencial sirve para la elaboración de hipótesis, toma de decisiones médicas, comunicación con los pacientes, explicación de la impresión diagnóstica y del tratamiento a seguir. Brinda también la oportunidad de aproximarse al paciente para entenderlo como individuo integral y dinámico que no sólo posee un trastorno biológico sino que puede estar experimentando otros desequilibrios como el psicológico y social (Campo-Cabal, Álvarez y Morales, 2006; Canelles, Moreno, Echevarria y Bestard, 2003; Hernández-Torres, Fernández, Irigoyen y Hernández, 2006; Moreno, 2000; Munuera et al., 2004; Sogi et al., 2006).

La entrevista médica como procedimiento clínico consta de diferentes fases y estas varían según el autor. Para Munuera et al. (2004) consta de dos partes, la parte *exploratoria* y la parte *resolutiva*; para Bird (1990, citado en Epstein et al., 1993) según su modelo de las tres funciones de la entrevista médica, se divide en: 1) Recolección de la información, 2) Desarrollo del rapport y respuesta a las emociones del paciente y 3) Educación e influencia en la conducta del paciente. Así mismo para Cleries, De Nadal y Branda (2006) las fases del encuentro, incluyen: 1) Inicio de la consulta, 2) Exploración del motivo de consulta, 3) Recogida de datos, 4) Fase resolutiva y 5) Fase final. Para Tena y Hernández (2005), la entrevista médica puede dividirse en los cuatro siguientes momentos, a) Obtención de información, b) Limitación de los problemas, c) Obtención del consentimiento informado y d) Educación al paciente y a la familia.

Otra clasificación completa y detallada la encontramos en la Guía de Calgary – Cambridge (Alves de Lima, 2003), donde se menciona de manera más completa que la entrevista médica se compone de: 1) *Inicio de la sesión*, que a su vez se subdivide en la preparación, el establecimiento del contacto inicial y la identificación de los motivos de consulta; 2) *Recabado de la información*, constituida a su vez por la exploración de los problemas, comprensión de la perspectiva del paciente y la generación de una estructura a la consulta; 3) *Construcción de la relación*, subdividida en la creación de la relación e involucramiento del paciente; 4) *Explicaciones y plan de acción*, formada por subáreas de ayuda a la comprensión del problema, provisión del tipo y cantidad adecuada de información, incorporación de la perspectiva del paciente, y opciones de explicación y planificación; y 5) *Cierre de la sesión*, que comprende hacer un resumen final, acordar los pasos a seguir, establecer planes de contingencia y el chequeo final.

Sin embargo para que la entrevista médica se lleve a cabo de una manera adecuada no basta con la preparación técnica del médico, quién funge como entrevistador, hay que tener en cuenta también otras habilidades básicas para la realización de la entrevista, cómo aquellas relativas al proceso de la interacción y la comunicación. Diversos estudios (Campo-Cabal et al., 2006; Epstein et al., 1993; Hernández-Torres et al., 2006; Simpson, Buckman, Stewart, Maguire, Lipkin, Novack y Hill, 1991; Sogi et al., 2006) confirman que serios problemas de comunicación ocurren en la práctica clínica por parte de los médicos, cómo deficiencias en sus habilidades para la obtención de la información psicosocial, en la comunicación no verbal, en el

manejo de emociones, en el cierre del encuentro, en el uso de preguntas que inducen la respuesta, en la pérdida de la mitad de las quejas y preocupaciones del paciente, y en la obtención de información reducida sobre la percepción de los pacientes acerca de su problema o el impacto físico, emocional y social del mismo.

Los resultados de un estudio comentan que el 54% de las quejas de los pacientes y el 45% de sus preocupaciones son desconocidas para el médico; menciona también que en el 50% de los casos atendidos el diagnóstico de problemas psicosociales y psiquiátricos, tan comunes en la práctica general, no se establecen; en el 50% de las visitas, el médico y el paciente no llegan a un acuerdo sobre la naturaleza del problema; y refiere que los pacientes suelen ser interrumpidos por el médico transcurridos 18 segundos de iniciada la entrevista, o en el momento en que empiezan a describir sus malestares de forma espontánea (Simpson et al., 1991).

En un estudio realizado con población mexicana que se proponía determinar si se favorecía la acción educativa del médico hacia el paciente durante la consulta, se reportó que el 97.5% de los médicos no saludaron al paciente cuando entraba al consultorio, el 81% de los médicos no le asignaron un lugar explícito, el 93.5% conducía la entrevista preguntando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, y en el 85% de los casos no hubo un adecuado cierre de la consulta pues la mayoría de los médicos participantes terminaban con una orden. Adicionalmente el 6.5% dio tribuna libre mientras el 95% no verificaron la comprensión de la información dada. En cuanto a los pacientes el 45% no conocieron la naturaleza de la enfermedad y de forma general la mayoría de los médicos participantes advertían una deficiencia en su formación comunicativa (Hernández et al., 2006).

Por su parte en otro estudio realizado con estudiantes de medicina, se encontró que durante la entrevista médica, el 50% de los estudiantes repetían con frecuencia una misma pregunta, el 36% hacía preguntas mal formuladas, el 16% realizaba preguntas que inducían la respuesta, y el 14% realizaba preguntas automáticas. Encontraron también que el 78% de los mismos interrumpían al paciente mientras exponía sus quejas, que el 50% no se identificaba antes de iniciar la entrevista, que el 44% no tomaba nota de lo que le decía el enfermo y que el 38% asumían el control total de la entrevista. En términos generales el estudio reporta que las principales deficiencias de

los estudiantes al entrevistar fueron, omitir elementos clave o todo un problema, no saber distinguir entre elementos importantes y secundarios, dar mucho valor a detalles irrelevantes, utilizar preguntas que sugerían una respuesta evitando el desarrollo de un diálogo conversacional con el enfermo, y recogida de datos de forma desorganizada (Canelles et al., 2003).

Así mismo en otro estudio realizado también con estudiantes de medicina, Moreno (2000) refiere que el promedio de duración de la entrevista era de 14 minutos, que el tiempo que medió entre el comienzo del relato de los síntomas expresados por el paciente y el momento en que fue interrumpido por el interno para asumir la dirección de la entrevista fue menor de un minuto, en el 80% de la muestra, siendo la interrupción más breve a los tres segundos y la más larga a los 6.8 minutos; así en general, los estudiantes asumieron el mando de la entrevista en promedio a los 49 segundos de iniciada la misma. Se evaluaron también las deficiencias de los sujetos respecto a la entrevista dividiéndolas en *mayores*, *importantes* y *menores*; entre las deficiencias mayores e importantes, se encontró que controlaban demasiado la entrevista, no atendían a lo que se les decía, cambiaban de tema antes de concluirlo, hablaban más que el paciente, hablaban simultáneamente, lo interrumpían, discutían con él, no lo atendían por tomar notas, permanecían distantes y no miraban al enfermo.

En otro estudio realizado por Sogi et al. (2006), con médicos graduados, se reportaron habilidades deficientes también, ya que de un total de siete áreas que se evaluaron (*inicio de la sesión de entrevista, obtiene información, información al paciente, comprensión del paciente, habilidades de relación, modales del médico y término de la entrevista*); las puntuaciones más bajas se obtuvieron en las áreas de inicio de la sesión de entrevista, modales del médico, comprensión del paciente y obtención de información. Más aun, en cuanto a habilidades más específicas, cómo el reconocimiento del tiempo de espera del paciente, la identificación de necesidades psicológicas / emocionales y el asegurar el compromiso del paciente a seguir el tratamiento; resultaron ser también las más bajas. Adicionalmente habilidades cómo el uso adecuado de la mímica facial, evaluación del nivel de comprensión del paciente y aliento a expresar emociones relacionadas con el problema actual, quedaron en niveles bajos también.

Finalmente en otros dos estudios, pero realizados con estudiantes de medicina y con médicos generales, se les solicitaba a los primeros mencionar cuáles eran sus mayores preocupaciones relacionadas con el momento de la entrevista, y posteriormente enumerar de mayor a menor en intensidad dichas preocupaciones. Se encontró que las principales preocupaciones de dichos estudiantes se relacionaban ya sea con tener que manejar fuertes emociones negativas en los pacientes o con tener que interactuar con un paciente que experimentaba dolor, mientras que para los segundos el control del dolor y los síntomas en pacientes terminales representaba una de las áreas más desafiantes; ya que los cuidados incluyen discutir temas espirituales como la muerte o el morir, así como tratar problemas psicosociales y emocionales (Hajek, Najberg y Cushing, 2000; O'Connor y Lee-Steere, 2006).

Es importante considerar lo que según Meichenbaum y Turk (1991) describen como los comportamientos del profesional de la salud que interfieren con la efectividad de la comunicación con el paciente, que son: a) no presentarse al paciente, b) aparecer y actuar como si se estuviera muy ocupado, c) leer informes del caso mientras se entrevista al paciente, d) no preguntar nunca si el paciente entiende lo que se está hablando, e) formular al paciente preguntas cerradas, f) cortar o interrumpir las frases del paciente, g) ignorar las preguntas del paciente, h) decir que se tratará más tarde un aspecto y no hacerlo, i) no permitir al paciente contar su historia con sus propias palabras, j) no permitir a los pacientes expresar sus ideas y conceptos acerca de su enfermedad, k) no tomar en consideración las preocupaciones y expectativas del mismo, l) tratar la enfermedad en lugar de tratar a la persona, m) no solicitar feedback del paciente, n) mantener una actitud hostil, de poder, ñ) no mantener el contacto visual o sentirse a diferente nivel, o) mantener una mesa o algún obstáculo físico entre el médico y el paciente, p) terminar bruscamente la entrevista y q) proporcionar escaso apoyo.

Otros errores frecuentes también en el proceso de la entrevista clínica son: dar por sobreentendido el motivo de la consulta, entremezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones propias del final de la entrevista, impedir que el paciente pregunte o interrumpa, empleo de demasiados conceptos por unidad de tiempo, uso de un lenguaje excesivamente técnico y mezclar diferentes problemas sin dar explicación para cada uno de ellos (Munuera et al., 2004). Aunando a lo anterior, la literatura reporta que otro problema en la comunicación entre el médico y el paciente, se

encuentra en los objetivos o expectativas de cada uno durante la interacción; mientras que los pacientes prefieren discutir sobre el pronóstico de su problema y buscan ser entendidos como individuos, el médico hace mayor hincapié en el diagnóstico y en el tratamiento empleando un estilo de comunicación centrado en el problema, en vez de uno centrado en el paciente. Empero hoy en día los pacientes esperan que sus preocupaciones sean escuchadas y atendidas; esperan no sólo competencia sino también cordialidad, calidez, cortesía, compasión, honestidad e integridad (Epstein, Franks, Shields, Meldrum, Miller, Campbell y Fiscella, 2005; Kim, Kols, Martin, Silva, Rinehart, Prammawat, Jonson y Church, 2005; Meincheinbaum y Turk, 1991; Niemi-Murola, Heasman, Pyorala, Kalso y Poyhia, 2006).

Según Caballo (1993), anteriormente los médicos no tenían dificultades para relacionarse con los pacientes, sin embargo con los cambios sociales, los avances científicos y tecnológicos, el desarrollo del campo de la salud y la adopción de esquemas integrales en la promoción y restitución de la salud, los médicos en la actualidad requieren de mayores destrezas sociales para relacionarse con los pacientes. Desafortunadamente en la literatura médica (Brown, Boles, Mullooly y Levinson, 1999; Rees, Sheard y Davies, 2002; Stewart, 1995) encontramos que dentro de su formación profesional el énfasis se sigue poniendo en la adquisición de competencias y habilidades técnicas, relegando a un segundo plano el aprendizaje de las competencias de tipo social e interpersonal. Debido a esto es posible entender porqué algunos médicos no saben comportarse de forma habilidosa en su trato con los consultantes o porque aunque sepan hacerlo, ceden al ambiente y a otros factores que dificultan su manifestación, como la sobrecarga de pacientes.

Y bien ya sea por las condiciones del sistema, por una predilección de las habilidades técnicas frente a las interpersonales, o debido a que pocos médicos reciben un entrenamiento formal en habilidades de comunicación, pero los médicos parecen exhibir diferentes grados de dominio en cuanto a las habilidades sociales necesarias para la realización de entrevistas clínicas y para el trato adecuado con pacientes (Kim et al., 2005; Moreno, 2000). Por lo que promover mejoras en las habilidades sociales de los médicos en general, y en sus habilidades de comunicación en específico, serviría no sólo para maximizar el tiempo de interacción entre ambos, sino también para auxiliarlos en el logro de los objetivos terapéuticos, que en ningún momento son contrarios al

empleo de estrategias de tipo conversacional. Lo anterior teniendo en cuenta los componentes conductuales y observables de las habilidades sociales, cuya evaluación se ha centrado en la frecuencia, presencia y duración de los elementos verbales y no verbales según Pades (2003).

MÉTODO

Participantes

Para el presente estudio se solicitó la participación voluntaria del equipo de residentes del servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán del año 2007 – 2008; integrado por ocho médicos con la especialidad en Anestesia. Se excluyó la participación de los residentes rotantes de Algología del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital General, Dr. Manuel Gea González ya que los programas académicos, así como las habilidades clínicas impartidas en cada institución no son completamente equivalentes con las del servicio de Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Nutrición. La evaluación de los participantes corrió a cargo del psicólogo residente miembro del equipo de la Clínica del Dolor, quien fungió como observador pasivo, no participante durante las consultas de primera vez dirigidas por los médicos residentes. Todos los participantes poseían dominio del idioma español, y el tratamiento de los mismos se hizo de acuerdo a las normas éticas de la APA y bajo autorización del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Nutrición. De los ocho médicos participantes, seis eran mujeres y dos eran hombres; el promedio de edad del grupo fue de 34 años. De los ocho participantes seis eran de nacionalidad Mexicana y dos de nacionalidad Boliviana; tres eran habitantes de la ciudad de México, cuatro provenían del interior del país y uno provenía del extranjero.

Instrumentos

Para la evaluación de las habilidades sociales se consultaron numerosas fuentes bibliográficas, seleccionándose la Guía de Calgary Cambridge desarrollada por Kurtz y Silverman (1996), y tomada en idioma español de Alves de Lima (2003). La Guía de Calgary Cambridge desarrollada por Kurtz y Silverman (1996), se tomó como eje conductor en la elaboración de la lista checable (*checklist*), por cubrir los siguientes puntos: a) Guía orientada en la adecuada comunicación con el paciente durante la realización de la entrevista médica y b) Guía que detalla las acciones específicas de comunicación que el médico debe realizar desde el inicio de la consulta hasta el término de la misma, considerando divisiones generales y específicas, ordenadas secuencialmente. De tal forma, según ésta Guía, la comunicación durante la entrevista médica debería cumplir con las siguientes fases: 1) Inicio de la sesión, 2) Recopilado de

la información, 3) Construcción de la relación, 4) Explicación y planes de acción, y 5) Cierre de la sesión. Cada una de las fases consta a su vez de subáreas con acciones concretas. De tal forma la lista Checable de Habilidades Sociales y de Comunicación para la Entrevista Médica, validada por método de facie y jueces, quedó conformada por seis áreas generales y 25 áreas específicas, conteniendo las cinco fases de la Guía de Calgary Cambridge más una sexta orientada a evaluar la *comunicación no verbal*. Debido a que la Guía se enfoca en la *comunicación verbal* del médico durante la entrevista, se agregó el apartado de la sexta fase a la lista checable con 28 ítems que evaluaban la *comunicación no verbal*, tomados de la literatura pertinente. Obteniéndose así un total de 74 ítems para la comunicación verbal más 28 en comunicación no verbal. Tanto para la comunicación verbal y no verbal, los ítems de la lista checable evaluaban de forma discreta el cumplimiento del médico de la habilidad esperada para cada fase de la entrevista, es decir, *realizaba* o *no realizaba* la habilidad. De la suma total de los ítems se obtuvieron niveles de dominio alto (A), medio (M) y bajo (B) por participante y de forma grupal.

Escenario

Las evaluaciones se realizaron en el consultorio asignado para la consulta externa del servicio de Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Nutrición. El consultorio consistía en un espacio abierto con cuatro escritorios independientes sin divisiones físicas, dónde simultáneamente se atendía a los pacientes. El consultorio contaba también con un vestidor y dos camas de exploración separadas entre si por un biombo. Las evaluaciones se efectuaron en diversos momentos de la mañana durante el tiempo destinado por el servicio para la realización de las consultas externas.

Procedimiento

Fase de reclutamiento. Una vez aprobado el protocolo de investigación por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos del Instituto Nacional de Nutrición, se solicitó la participación voluntaria de los médicos residentes del servicio de Clínica de Dolor. Con el fin de evitar sesgos en el desempeño y alteración de los resultados en la evaluación, se les solicitó únicamente a los participantes su autorización para que un observador permaneciera durante la realización de tres entrevistas con pacientes de primera vez, aclarándoles que el observador no intervendría en el

desarrollo de la misma, y que realizaría algunas anotaciones breves respecto a la dinámica de la entrevista.

Fase de evaluación. Una vez que los pacientes de primera vez eran anunciados por las asistentes responsables de su ingreso a los consultorios, el observador se ubicaba en el lugar de la entrevista. La evaluación de las habilidades sociales, verbales y no verbales de los médicos comenzaba en cuanto entraba el paciente al área de consultorio y se detenía con la despedida del paciente por parte del médico. Para la evaluación de la variable de estudio, el observador se colocaba en una silla a un costado del médico y el paciente generalmente en un ángulo de 90 grados, sin intervenir en el desarrollo de la entrevista. En los casos en que el médico residente interrumpía el curso de la entrevista y se retiraba de su asiento, el observador también se retiraba hasta la vuelta del médico, sin embargo el tiempo no se detenía a menos que el médico suspendiera de forma definitiva la consulta o que el paciente abandonara el consultorio de forma también definitiva; en cuyo caso se invalidaba la evaluación. No se incluyeron en las evaluaciones las situaciones en que el médico residente atendía a pacientes con problemas en la audición, vista, o en el habla; con deterioro cognitivo notorio, y dónde los familiares de los consultantes protagonizaban la consulta.

Los datos obtenidos con la lista checable se ingresaron al programa estadístico SPSS para ciencias sociales versión 16 y se realizó un análisis no paramétrico mediante prueba de wilcoxon para determinar la consistencia del instrumento propuesto. Se realizaron comparaciones entre las tres mediciones llevadas a cabo con cada participante.

Resultados

Durante la realización del presente estudio, los participantes atendieron a 24 personas en consulta de primera vez. De los 24 pacientes atendidos el 88% de los mismos fueron mujeres y el 12% restante fueron hombres; el promedio de edad de éste grupo fue de 56 años. El diagnóstico más común establecido por los médicos residentes fue el de dolor neuropático, y el promedio de duración de las 24 consultas fue de 35 minutos.

Respecto al instrumento empleado para el registro de las habilidades sociales y de comunicación de los participantes, se observó que el instrumento no reflejó cambios significativos en seis de los ocho participantes, lo anterior al comparar la primera medición realizada con la segunda medición como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1. Comparación entre mediciones 1 y 2

Participante	<i>p</i>
P1	0.832
P2	0.286
P3	0.458
P4	0.063
P5	0.556
P6	*0.019
P7	*0.007
P8	0.581

*cambio significativo

De la misma manera al comparar la segunda y tercera mediciones realizadas con el instrumento empleado, se observó que el instrumento no reflejó cambios significativos entre mediciones en siete de los ocho participantes que integraron el estudio, como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Comparación entre mediciones 2 y 3

Participante	<i>p</i>
P1	0.383
P2	0.774
P3	1.0
P4	0.13
P5	1.0
P6	0.0
P7	1.0
P8	*0.013

*cambio significativo

Finalmente al comparar la primera y tercera mediciones realizadas con los médicos se observó que el instrumento no reflejó cambios significativos entre mediciones en cinco de los ocho participantes que integraron el estudio, como es posible ver en la tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre mediciones 1 y 3

Participante	<i>p</i>
P1	0.629
P2	0.344
P3	0.286
P4	0.0
P5	0.678
P6	*0.021
P7	*0.001
P8	*0.003

*cambio significativo

En resumen de las 24 mediciones realizadas con los ocho participantes, el instrumento mostró consistencia con lo que medía en 18 ocasiones, frente a seis dónde los resultados no mostraron consistencia del mismo.

Con respecto a los resultados obtenidos por los participantes en el instrumento, éstos se trataron de manera grupal estableciendo porcentajes de ejecución (conducta realizada) de acuerdo al total de ítems. Dentro de las seis *áreas generales* que evaluaba

la lista checable, los médicos residentes obtuvieron un nivel de ejecución medio (**M**) en las áreas de *Inicio de la sesión*, *Explicación y Plan de Acción*, *Cierre de la sesión* y *Comunicación no verbal*; mientras que las áreas de *Recabado de información* y *Construcción de la relación* fueron las que obtuvieron un nivel de ejecución bajo (**B**), cómo lo muestra la tabla 4.

Tabla 4. Nivel de ejecución de las habilidades sociales y de comunicación

Fase entrevista	Ejecución de Habilidad Social y de Comunicación
Inicio de la sesión	M
Recabando información	B
Construcción relación	B
Explicación y plan de acción	M
Cierre de la sesión	M
Comunicación no verbal	M

A. alto, M. medio, B. bajo.

En la tabla 5 se muestran las *áreas específicas* en las que los médicos residentes lograron un nivel de ejecución alto (**A**). Siendo las subáreas de *Acuerdo de pasos* y *Presencia* las que obtuvieron mayores porcentajes dentro de las subáreas con nivel de ejecución alto (**A**).

Tabla 5. Áreas específicas con nivel de ejecución Alto

Áreas de la entrevista	Ejecución de Habilidad Social y de Comunicación
Inicio de la sesión	
<i>Contacto inicial</i>	A
Cierre de la sesión	
<i>Resumen final</i>	A
<i>Acuerdo pasos</i>	A
<i>Chequeo final</i>	A
Comunicación no verbal	
<i>Postura</i>	A
<i>Distancia</i>	A
<i>Presencia</i>	A

A. alto, M. medio, B. bajo.

De las 25 áreas específicas evaluadas en los participantes, se obtuvieron siete áreas con nivel de ejecución alto (**A**), cinco áreas con nivel de ejecución bajo (**B**) y trece áreas con nivel de ejecución medio (**M**), indicando así, mayores puntuaciones de nivel de ejecución medio (**M**) en las habilidades sociales y de comunicación, sugeridas para la entrevista médica. Lo anterior también es cierto en las áreas generales, dónde de las seis áreas generales evaluadas, cuatro se reportan con un nivel de ejecución medio (**M**), cómo se aprecia en la tabla 4. A continuación se presentan en la tabla 6 las 13 áreas específicas con nivel de ejecución medio.

Tabla 6. Áreas específicas con nivel de ejecución Medio

<u>Áreas de la entrevista</u>	<u>Ejecución de Habilidad Social y de Comunicación</u>
Inicio de la sesión	
<i>Preparación</i>	M
<i>Motivo de consulta</i>	M
Recabando información	
<i>Exploración de problemas</i>	M
Construyendo la relación	
<i>Creando relación</i>	M
Explicación y plan de acción	
<i>Proveyendo información</i>	M
<i>Ayudando comprensión</i>	M
<i>Perspectiva del paciente</i>	M
<i>Explicación y planificación</i>	M
Cierre de la sesión	
<i>Planes de contingencia</i>	M
Comunicación no verbal	
<i>Movimientos del cuerpo</i>	M
<i>Expresión facial</i>	M
<i>Comportamiento visual</i>	M
<i>Voz</i>	M

A. alto, M. medio, B. bajo.

En la tabla 7 se muestran las áreas específicas en las que los médicos residentes obtuvieron los niveles de ejecución bajo (**B**), incluyendo aquellas del apartado de comunicación no verbal. El área de *Contacto físico* fue la habilidad con el porcentaje más bajo entre todas las áreas específicas que conformaron la lista checable.

Tabla 7. Áreas específicas con nivel de ejecución Bajo

<u>Áreas de la entrevista</u>	<u>Ejecución de Habilidad Social y de Comunicación</u>
Recabando información	
<i>Comprensión del paciente</i>	B
<i>Estructura de la consulta</i>	B
Construyendo la relación	
<i>Construcción de la relación</i>	B
<i>Involucramiento del paciente</i>	B
Comunicación no verbal	
<i>*Contacto físico</i>	B

A. alto, M. medio, B. bajo.

Adicionalmente en la tabla 8 se presentan los resultados de los participantes con mayor y menor puntuación total del grupo. En dicha tabla se puede observar que el participante con mayores puntuaciones, obtuvo niveles de ejecución bajo (**B**) en cinco *áreas específicas*, mientras que el participante con menor puntuación total obtuvo cuatro niveles de ejecución bajo (**B**), es decir, menores puntuaciones de nivel bajo. Sin embargo en el nivel de ejecución medio (**M**), se aprecia que el participante con mayores puntuaciones totales, obtuvo de las 25 áreas específicas, ocho áreas con nivel de ejecución medio (**M**), frente a quince en el participante con menor puntuación total. Respecto a las áreas específicas evaluadas con nivel de ejecución alto (**A**), el participante con menor puntuación total obtuvo seis puntuaciones de nivel alto (**A**), mientras que el participante con mayor puntuación total, obtuvo doce puntuaciones de nivel alto (**A**).

Tabla 8. Participantes con mayor y menor puntaje total

Áreas de la entrevista	Nivel de ejecución por participante	
	Pa	Pb
Inicio de la sesión		
<i>Preparación</i>	M	M
<i>Contacto inicial</i>	A	M
<i>Motivo de consulta</i>	A	M
Recabando información		
<i>Exploración problemas</i>	M	M
<i>Comprensión del paciente</i>	B	M
<i>Estructura la consulta</i>	A	M
Construyendo la relación		
<i>Construyendo la relación</i>	B	B
<i>Creando la relación</i>	A	B
<i>Involucramiento del paciente</i>	B	M
Explicación y plan de acción		
<i>Proveyendo información</i>	M	M
<i>Ayudando comprensión</i>	M	M
<i>Perspectiva del paciente</i>	A	M
<i>Explicación y planificación</i>	M	M
Cierre de la sesión		
<i>Resumen final</i>	B	A
<i>Acuerdo de pasos</i>	A	A
<i>Planes de Contingencia</i>	M	M
<i>Chequeo final</i>	A	A
Comunicación no verbal		
<i>Postura</i>	A	A
<i>Distancia</i>	A	M
<i>Contacto físico</i>	B	B
<i>Movimientos del cuerpo</i>	M	M
<i>Expresión facial</i>	A	B
<i>Comportamiento visual</i>	A	M
<i>Voz</i>	M	A
<i>Presencia</i>	A	A

Nivel de ejecución: (A) Alta, (M) Media y (B) Baja

Participante con mayor puntuación total: (Pa)

Participante con menor puntuación total: (Pb)

Discusión

El propósito del presente estudio era explorar de manera general en qué grado los médicos residentes de un servicio de Clínica de Dolor desplegaban las habilidades sociales y de comunicación consideradas necesarias para la interacción con los pacientes durante la entrevista de primera vez. Al no contar con un instrumento diseñado para evaluar tales habilidades en médicos, se procedió a generar una propuesta de instrumento que permitiera medir habilidades sociales y de comunicación, en un contexto clínico como lo es la consulta.

Para la realización del mismo se consideró la opinión de expertos en materia de las habilidades sociales pertinentes en una entrevista clínica bajo el contexto de la psicología, lo cual difiere con el marco de referencia de los participantes del presente estudio quienes provenían de un contexto médico. Sin embargo en la literatura encontramos que para la realización de la entrevista médica, los médicos se valen de numerosos recursos igualmente válidos, incluso algunos desarrollados para la realización de entrevistas psicológicas de tipo clínico. Se consultaron además diversas fuentes respecto a la forma más adecuada para realizar una entrevista médica de tal forma que se integro toda la información en un solo instrumento de tipo lista checable.

La lista checable permitió evaluar sin diferencias significativas a los ocho participantes, mostrando consistencia en 18 mediciones de 24. En los participantes seis, siete y ocho, el instrumento no mostró una consistencia total en las tres mediciones, pues el instrumento sólo fue estable en una para cada participante. Así pues de las 24 mediciones, en seis el instrumento no reflejó consistencia en lo que medía, por lo tanto se sugiere revisar el instrumento para descartar ítems o añadir otros que estén más relacionados con lo que se pretendía medir, al igual que considerar variables extrañas como el ambiente en el que se desarrollaron las seis consultas con valores significativos sin razón aparente, las habilidades propias de los participantes, la duración y el momento en que se realizaron.

Se sugiere también tomar en cuenta que los cambios significativos manifestados en las seis mediciones de un total de 24, pudieron deberse incluso a características de los pacientes atendidos, de los cuales solo se consideró género, edad y padecimiento.

Finalmente en este respecto se recomienda aplicar el presente instrumento en una población mayor de participantes y verificar si realmente mide lo que pretende medir.

En cuanto a los resultados para el mencionado instrumento, estos se organizaron de forma grupal de acuerdo a tres puntuaciones obtenidas por porcentajes y equivalentes a tres niveles de ejecución (alta, media y baja) de las habilidades sociales y de comunicación evaluadas en la lista checable. La lista checable estaba dividida en seis áreas generales (*Inicio de la sesión, Recabado de información, Construcción de la relación, Explicación y Plan de Acción, Cierre de la sesión y Comunicación no verbal*) y 25 áreas específicas (*Acuerdo pasos, Ayudando comprensión, Involucramiento del paciente, Expresión facial, Postura, etc.*). De las seis áreas generales se reportaron cuatro valores medios, dos valores bajos y ningún valor alto.

En cuanto a la primera fase de la entrevista catalogada como **Inicio de la sesión**, donde la puntuación de la muestra fue de nivel de ejecución media, el área específica relativa al primer contacto y descrita como *Contacto inicial* fue abordada por los médicos residentes con un uso adecuado de las habilidades sociales y de comunicación tanto verbales como no verbales, ya que al momento de ingresar los pacientes, la mayoría se mostraron afirmativos al dar la mano estableciendo por tanto contacto físico y visual, preguntaron además al paciente por su nombre y en la mayoría de los casos también se presentaban comentando su cargo o especialidad. Un adecuado despliegue de tales habilidades al inicio de la interacción se traducen en una fuente eficaz de información y comunicación (Cibanal, Sánchez y Balsa, 2003). Para Campo-Cabal et al. (2006), el contacto visual con el paciente es uno de los componentes con mayor significado en la comunicación no verbal.

En la fase de **Cierre de la sesión**, los médicos residentes mostraron un nivel de ejecución media, con puntuaciones altas en las áreas específicas de *Resumen final, Acuerdo de los pasos y Chequeo final*. Lo anterior sugiere que la muestra resumía brevemente lo ocurrido durante la sesión, clarificaba dudas del plan a seguir, daban instrucciones específicas y operativas, controlaban que el paciente estuviera de acuerdo con lo discutido y comunicaron la fecha de la próxima cita.

Respecto a la fase de **Comunicación no verbal**, las áreas específicas con nivel de ejecución alta fueron *Postura, Distancia y Presencia física*; por lo que podemos afirmar que los médicos residentes realizaron de manera adecuada habilidades como adoptar una postura frontal y abierta con el paciente, con las extremidades inferiores relajadas; respetaron el territorio del paciente, se aproximaron en los casos en que deseaban dar énfasis a cierta información considerada relevante, y manejaron una imagen física adecuada, a través de las consultas. Contrariamente para Munuera et al. (2004) el énfasis excesivo en la posición propia, como autoridad o estatus puede generar un distanciamiento emocional en la relación con el paciente y hacer que se sienta intimidado.

En lo que respecta a las áreas generales con nivel de ejecución baja, los médicos residentes mostraron un nivel de ejecución baja en las de *Recabado de información y Construcción de relación* lo cual se relaciona con los hallazgos de Moreno (2000) y Canelles et al. (2003), quienes encontraron que los médicos poseen deficiencias en la entrevista médica, mismas que se relacionaban con la realización del interrogatorio a los enfermos.

El área de **Recabado de Información** contenía apartados referentes a aspectos como *exploración de los problemas, comprensión de la perspectiva del paciente y generar una estructura en la consulta*. El primer apartado denominado *Exploración de los problemas* se conformaba de ítems que tocaban aspectos como, conocimiento de las metas y expectativas del paciente, identificación del grado de conocimiento que el paciente tenía de su padecimiento, validando o invalidando la veracidad de la misma, identificación de los motivos que impulsaron al paciente a presentarse, así como el uso de un lenguaje de fácil comprensión y elaboración de resúmenes para verificar la comprensión de la información vertida. Los participantes de este estudio obtuvieron un nivel de ejecución media en este rubro por lo que podría sugerirse reforzar las habilidades necesarias para una mejor obtención de la información por parte de los médicos, teniendo en cuenta que la información recogida con el paciente compromete la posibilidad de evaluar y también promover la adhesión del mismo según Vázquez, Rodríguez y Álvarez (1998).

Por otro lado conocer las razones por las que el paciente acude al médico permite establecer un tratamiento individualizado al estilo de vida del paciente con mayores probabilidades de éxito, igualmente conocer las metas y expectativas del mismo permiten establecer metas claras, realistas y bajo mutuo acuerdo según McKinstry, Walker, Blaney, Heaney y Begg (2004) considerando no solo lo que el médico considera importante sino también lo que el paciente describe como necesario y que por tanto redundara en su satisfacción. Según Meinchenbaum y Turk (1991) muchos pacientes no revelan sus expectativas y deseos, o sus frustraciones, cuando el abordaje terapéutico no satisface sus preferencias y consecuentemente optan por no adherirse al tratamiento; Munuera et al. (2004), menciona que con frecuencia la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza de la enfermedad y los sentimientos que produce se expresan mediante signos no verbales, y sólo se verbalizan cuando entre otras cosas se crea un clima de comunicación adecuado, por lo que es recomendable que el médico en aras de lograr un mayor involucramiento del paciente hacia las indicaciones y el tratamiento, considere tales aspectos en el diálogo con el mismo.

El apartado de *Comprensión de la perspectiva del paciente* contenía ítems referentes a la expresión literal del paciente del motivo de consulta, grado de afectación percibido por el mismo, el impacto del padecimiento en su entorno social y las creencias propias del paciente respecto a la causa del padecimiento entre otros. Los médicos residentes del presente estudio mostraron una baja ejecución de las habilidades necesarias para la obtención de información, lo cual según Car y Sheikh (2005) va contra lo que sigue siendo la parte más importante en el proceso de diagnóstico que es evocar la historia del paciente. Según Salvador y Melgarejo (2002) es posible que los médicos no sean conscientes de la forma y frecuencia con la que interrumpen y cortan las manifestaciones de sentimientos de sus pacientes, con la resultante pérdida de información relevante debido quizás a su entrenamiento en el modelo centrado en el médico. Según Bensing (citado en Sogi et al., 2006) una entrevista centrada en el paciente implica sentar el diálogo terapéutico más en un paradigma psicosocial que biomédico con compromiso activo del paciente incluyendo evocar intereses, expectativas y preferencias de tratamiento, y establecer una relación emocional. Tena y Hernández (2005) mencionan que para mejorar la comunicación con el paciente el médico tiene que tomar en cuenta qué es el paciente el que tiene la experiencia de la enfermedad por lo que es necesario dejarle contar la historia personal de su enfermedad.

Meinchenbaum y Turk (1991) por su lado mencionan que algunos de los comportamientos del profesional de la salud que interfieren con la efectividad de la comunicación se encuentran en no permitir al paciente contar su historia con sus propias palabras, no permitirles expresar sus ideas y conceptos acerca de su enfermedad y cortar o interrumpir las frases del paciente. Igualmente estos autores comentan que en el proceso de adhesión es altamente recomendable evaluar las representaciones del paciente y sus temores, así como lograr que las conceptualizaciones del paciente sobre la enfermedad sean compatibles con las del personal de salud.

Como en el presente estudio, Sogi et al. (2006) encontraron que entre las deficiencias en habilidades clínicas, en médicos graduados, estaban la comprensión del paciente y la obtención de información; así como que una cuarta parte de los médicos no alentaban la expresión de emociones y no identificaban necesidades psicológicas en los pacientes. Se coincide entonces con los hallazgos de Maguire y Pitceathly (2002); Sogi et al. (2006), y Alves de Lima (2005), en que debido a las deficiencias en habilidades de comunicación de los médicos es probable que éstos obtengan solamente la mitad de las quejas y preocupaciones del paciente así como poca información acerca de su problema o su impacto físico, emocional y social.

Respecto al apartado relativo a la *Generación de una estructura a la consulta*, en general los médicos no desarrollaron una secuencia lógica y entendible del desarrollo de los hechos, no resaltaron los puntos de inflexión de un problema a otro y tampoco realizaron resúmenes en forma sistemática con el fin de aclarar lo presentado hasta ese momento, lo cual puede agudizar el impacto de las condiciones adversas en que a veces se dan los encuentros entre el médico y paciente, que según Gérvas, Pérez y Gutiérrez (2009) ocurren sin hondura, sincopados, recortados, con prisas, con entrevistas rápidas centradas en lo orgánico y en un solo problema de salud ante el agobio de la consulta diaria y con salas de espera a rebosar. A su vez Canelles et al. (2003) reportan en su estudio sobre deficiencias en la entrevista médica, que hay ocasiones dónde no se definen claramente los síntomas o la queja principal, se omiten elementos claves o todo un problema, no se distingue entre lo importante y lo secundario, se da mucho valor a detalles irrelevantes y la recogida de los datos se da de forma desorganizada.

La otra área general en la que los médicos residentes del presente estudio no mostraron un nivel de ejecución alta corresponde a la de **Construcción de la relación**

con puntuaciones bajas en las áreas específicas de *Construcción de la relación e Involucramiento del paciente*. Lo anterior implica que durante la conducción de las entrevistas los médicos en general no respondían a todas las preguntas de los pacientes, no procuraron reducir la incertidumbre de los mismos mediante el intercambio de opiniones o pensamientos sobre aspectos del problema o padecimiento y tampoco hicieron uso de una escucha pasiva. Según Alves de Lima (2003) la **Construcción de la relación** es una actividad que transcurre en forma paralela a las otras etapas de la entrevista, donde las habilidades de comunicación están orientadas a alcanzar los tres objetivos primarios de la comunicación médica: eficiencia, soporte y exactitud; y cuyos objetivos particulares son, construir una relación que le permita al paciente sentirse comprendido, valorado y apoyado, desarrollar un vínculo, involucrar al paciente y a su familia, reducir los potenciales conflictos entre médicos y pacientes y aumentar la satisfacción tanto de médicos como de pacientes. Adicionalmente dicho autor menciona que las incertidumbres no aclaradas alteran la concentración y aumentan la ansiedad del paciente bloqueando la comunicación.

En cuanto a la **Comunicación No Verbal**, en el área de *Contacto físico*, los médicos mostraron poco uso del contacto con los pacientes para transmitir por ejemplo bienestar, tranquilidad, proximidad, soporte, para reafirmar la confianza, o para responder a alguna reacción emocional. Para Cibanal et al. (2003) el tocar es una forma de conducta no verbal que puede resultar congruente, o no con los mensajes verbales y cuando se contradice con el mensaje verbal puede hacerlo ineficaz o contraproducente.

Resulta de especial interés que áreas específicas como *Identificación del motivo de consulta, Exploración de los problemas, Provisión de información, Ayuda a la comprensión y Elaboración de planes de contingencia* hayan obtenido puntuaciones de nivel medio por su importancia en el logro, entre otros del éxito terapéutico. Según Alves de Lima (2003), lo anterior se podría traducir en que a pesar de que los pacientes habitualmente tienen más de un motivo de consulta, los médicos suelen considerar al primer problema como el único y en las consultas posteriores sólo prestan atención a éstos sin considerar nuevos problemas, a que sólo en ciertas ocasiones estimulan al paciente para que cuente con sus propias palabras el problema desde el principio, así mismo a que cuando tienen que proporcionar información al paciente, no siempre lo hacen en bloques verificando que se haya comprendido, como es recomendable. Se

puede deber también a que determinar el grado de conocimiento previo del paciente sobre su problema no es prioritario, a que sólo ocasionalmente, los médicos se apoyan de métodos visuales como esquemas, diagramas, modelos, información escrita, dibujos, etc.; o en que esporádicamente piden al paciente que repita los conceptos con sus propias palabras; y a que quizás en la mitad de las veces generan la oportunidad para que los pacientes hagan preguntas.

En resumen se observó que de acuerdo al arreglo de los momentos de la entrevista propuestos por la Guía de Calgary Cambridge, los participantes del presente estudio, mostraron un nivel de ejecución media de las habilidades sociales y de comunicación al *Inicio* de la entrevista, seguido de un nivel deficiente en el momento de *Recabado de la información*, y en la *Construcción de la relación*, con una posterior mejoría a la hora de *Explicar* a los pacientes la *información* y *Generar planes de acción* dirigidos a su bienestar, para finalizar la consulta valiéndose cuando era necesario de la *comunicación no verbal* en términos de ejecución media.

La mayoría de los pacientes captados durante la realización del estudio fueron mujeres (88%) tal como lo reporta la literatura en dolor, así como la edad promedio de los mismos entra en el rango de edad descrita para dicha población (Rodríguez, 2006). En cuanto a los participantes, la mayor parte estuvo conformada por mujeres, quienes según Ramos-Rodríguez (2008) suelen ser mejores entrevistadoras que los hombres; aunque la edad de los participantes pudo haber influido en las puntuaciones bajas obtenidas en algunas áreas, pues Moreno (2000) concluye que el aprendizaje de habilidades en la entrevista de los médicos, cómo interrogar de forma adecuada a los enfermos, requiere de alcanzar una maestría en el interrogatorio para lo cual es necesario atender muchos pacientes y de un cierto número de años.

Aspectos que se sugiere debieran tomarse en cuenta es considerar que para una aproximación más real a las habilidades sociales y de comunicación de los médicos pudo haberse empleado una evaluación graduada en tres niveles y no discreta como se hizo, es decir, con opciones de calificación *lo hace*, *no lo hace* y *lo hace en proceso*, o mediante una escala de tipo likert. Respecto a la metodología podemos encontrar que si bien existen instrumentos validados para medir habilidades sociales, no se encontró uno que estuviera dirigido a evaluar las habilidades clínicas y de comunicación de médicos, residentes o internos de medicina. La literatura reporta que se han empleado pacientes

modelo, simuladores o estandarizados (Dalen, Kerkhofs, Verwijnen, van Knippenberg – van den Berg, van den Hout, Scherpbier y van der Vleuten, 2002; Mavis, Ogle, Novell y Madden, 2002), en otros se ha hecho uso de grabadoras de audio (Betz, Boles, Mullooly y Levinson, 1999; Kim, Figueroa, Martin, Silva, Acosta, Hurtado, Richardson y Kols, 2002; Mavis et al., 2002;), y de manera frecuente se utilizan también listas checables generalmente como complemento de la evaluación (Betz et al., 1999; Dalen et al., 2002; Kim et al., 2002; Mavis et al., 2002; McKinstry et al., 2004;) ya que resulta ser una forma de medida objetiva a partir de la cual también se pueden obtener tasas de confiabilidad entre observadores (Pérez y Otero, 2003).

Actualmente el examen clínico objetivo estructurado, OSCE por sus siglas en inglés, es el método más completo y aceptado mundialmente para la valoración de la competencia clínica de los médicos (Pérez y Otero, 2003), misma en que se incluyen algunas habilidades sociales y de comunicación. La evaluación se hace por medio de una serie de estaciones, dónde participan varios examinadores con criterios de calificación estandarizados, mediante listas de comprobación y escalas de calificación, así como una parte escrita con preguntas objetivas cerradas. Sin embargo para Mathews, Menon y Mani (2004) la realización de una evaluación OSCE con sus terminales no es práctica, por que requiere de mucho soporte logístico y personal, y por la combinación de distintos procedimientos de medidas. De tal forma que evaluar habilidades clínicas, cómo la habilidad de comunicación efectiva de los médicos con los pacientes, ha sido un reto para los educadores en el área médica (Mavis, Ogle, Lovell y Madden, 2002). Sin embargo si consideramos los resultados como los obtenidos de una intervención en habilidades de comunicación (Brown, Boles, Mullooly y Levinson, 1999), dónde los médicos reportaron notar un incremento en la capacidad de identificar a pacientes difíciles de atender, un incremento en su capacidad de trabajar con ellos, mejoras en el desarrollo de preguntas abiertas, en el manejo de aspectos psicosociales y en la expresión de empatía para aclarar y clarificar expectativas; es evidente la conveniencia de su utilización.

Cómo consideración final se sugiere tomar en cuenta las características de los pacientes atendidos por los participantes del presente estudio quienes suelen ser descritos como pacientes difíciles con demandas excesivas, preguntas reiterativas y exigencias de un trato especial (Austrich, 2008); con un denominador psicoafectivo

constituido principalmente por sentimientos de frustración, desesperanza y falta de confianza en los recursos personales y técnicos de los médicos (Turk y Melzack, 2000), con deterioro de las habilidades de comunicación según Sternbach (1974, citado en Bazako, 2001), y que además, confrontan a los médicos con algunas de sus mayores preocupaciones, cómo son tratar a un paciente que está experimentando dolor, o alguna emoción negativa fuerte (Hajek et al., 2000). Así mismo considerar que atestiguar el malestar humano es en sí mismo molesto, que las mejoras en la comunicación médico y paciente pueden representar efectos positivos a largo plazo como en la relación médico paciente, en la satisfacción del paciente, en la adherencia del paciente, resultados en la salud y sensación de bienestar del médico (Brown, Boles, Mullooly y Levinson, 1999).

Se enfatiza también que mejoras en las habilidades sociales y de comunicación en el ambiente clínico, pueden representar: 1) una identificación más precisa de los problemas del paciente, 2) mayor satisfacción de los pacientes con su cuidado, mayor entendimiento de su padecimiento y opciones de tratamiento, 3) mayor probabilidad de adherencia al tratamiento y de seguir los consejos del médico respecto a comportamientos, 4) reducción en el malestar y la vulnerabilidad a la ansiedad y depresión, 5) logro de acuerdos, toma de decisiones y maximización del tiempo de consulta, y 6) aumento en la sensación de bienestar de los médicos, así como mayor bienestar general de las personas que experimentan dolor crónico, que dada la cronicidad del padecimiento no pueden aspirar a un restablecimiento total de la salud, pero sí a un trato ético, profesionalizado y sensible.

Finalmente bajo la presente metodología y el alcance asociado de los resultados obtenidos en el presente trabajo, se enfatiza como principal aportación del mismo, la aproximación al estudio de las habilidades sociales en el ámbito clínico de los médicos, en este caso Algólogos, poco referidas en la literatura; mediante un instrumento susceptible de mejoras y aplicación a mayor escala.

Aspectos Pertinentes a la Sede

La Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ se ubica dentro de la categoría de **clínica multidisciplinar de dolor** pues es una unidad que se dedica al cuidado de pacientes con problemas de dolor agudo o crónico, así como a la investigación y a la formación de profesionales; en ella colaboran además de médicos otros profesionales de la salud como psicólogos, personal de enfermería y terapeutas. Los servicios de estas unidades están integrados y fundamentados en una filosofía interdisciplinaria para la evaluación y el tratamiento de los pacientes y disponen de una amplia gama de posibilidades terapéuticas (Miró, 2003).

De manera breve podemos mencionar que el origen de la clínica se remonta al año 1972 cuando el Dr. De Lille Fuentes la funda dentro del mismo instituto, convirtiéndose así en la primer Clínica del Dolor en México. Posteriormente el Dr. Guevara López consolida dicho proyecto al establecer una clínica de dolor funcional y multidisciplinaria en la que se conjuntan las áreas de asistencia, docencia e investigación; aunado a la creación del programa universitario para la formación de médicos especialistas con postgrado en Algología (Covarrubias y Guevara López; 2006). En opinión de los mismos autores la misión de una Clínica del Dolor es brindar alivio no solamente del dolor sino de los síntomas que se asocian a éste o a su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente cubriendo sus principales necesidades como ser biopsicosocial.

La presencia de los residentes en Medicina Conductual dentro de la Clínica de Dolor del INCMNSZ es una pieza clave en la conformación de la misma pues son éstos los encargados de abordar los problemas de tipo psicológico presentes en la población que atiende, así como de proporcionar apoyo al resto del equipo en el manejo integral de la misma. Los psicólogos residentes deben cumplir las múltiples funciones relacionadas al manejo psicológico del dolor y sus consecuencias, tanto en los pacientes como en los familiares, siguiendo los lineamientos específicos descritos en la literatura correspondiente al igual que los principios generales respecto al trabajo clínico dentro de un enfoque cognitivo-conductual. Conviene señalar que la aproximación psicológica de tipo cognitivo-conductual al fenómeno presente si bien no es la única, es la que

cuenta con mayor soporte teórico y empírico al grado de ser la que mejor se ajusta a las actuales teorías relacionadas con el surgimiento del dolor según Donker (1999).

Descripción de actividades

A continuación se describe de manera detallada las funciones realizadas por el residente de medicina conductual en el INCMNSZ sede del programa de Maestría.

Pase de Visita

Recorrido diario por el área de hospitalización para dar seguimiento a la condición psicológica de los pacientes atendidos por la Clínica de Dolor, así como para mantener informado al médico responsable sobre el estado del paciente.

Revisión de Pacientes y Entrega de Guardias

Actividad diaria que se realizaba tras el *pase de visita* en la oficina del servicio con la presencia de todos sus integrantes (jefe del servicio, médicos adscritos, residentes médicos, residentes de medicina conductual, enfermería y trabajo social). Consistía en la presentación actualizada del estado psicosocial de cada paciente atendido por la Clínica de Dolor y la clínica de Cuidados Paliativos con el objetivo de exponer también el manejo psicológico de los mismos así como los cambios pertinentes a sugerencia del staff médico.

Consulta Externa en Clínica del Dolor

Actividad clínica diaria que se realizaba en conjunto con los médicos residentes en el consultorio de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos dentro de las áreas asignadas para ello, es decir área de consulta externa del instituto y área de Cuidado Paliativos, en el sótano del instituto. La presente actividad representaba una de las mayores en importancia en términos de la actividad clínica realizada por el equipo multidisciplinario de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos. Las funciones específicas del residente en medicina conductual para dicha actividad podían consistir en: 1) Exploración y valoración del paciente y 2) Contención emocional del paciente.

Consulta Externa en Cuidados Paliativos

El servicio de Clínica del Dolor estaba compuesto también por el área de Cuidados Paliativos, se le llama así a la atención integral, individualizada y continuada de las personas enfermas en situación avanzada o terminal desde un punto de vista activo, rehabilitador y en búsqueda continua de bienestar de la persona enferma y la familia (Comas, 2001). Las actividades del residente en Medicina conductual podían consistir en: 1) Exploración y valoración del paciente, 2) Contención emocional del paciente y 3) Soporte emocional a familiares de los pacientes.

Consulta Psicológica Externa

La presente actividad se desarrollaba en el consultorio designado para el equipo de Clínica del Dolor y tenía por objetivo prestar apoyo psicológico a pacientes o familiares de pacientes de la clínica previamente captados durante las consultas con el residente médico, en el área de hospitalización, en el servicio de urgencias o que deseaban dar continuidad a la atención prestada por los residentes del año anterior. Las sesiones se estructuraban de acuerdo al modelo de tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico o modelo de terapia cognitivo-conductual.

Consulta Psicológica Hospitalización

La actividad clínica presente consistía en brindar apoyo psicológico a pacientes del instituto que se encontraban en el área de hospitalización y que eran referidos al servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos por experimentar dolor crónico o cubrir los criterios para ser designado paciente en fase terminal. Nuevamente el residente en medicina conductual trabajaba en el contexto de una atención multidisciplinaria al intervenir sobre los factores psicológicos relevantes, mientras que el residente médico intervenía sobre los factores físicos.

Clase.

Las clases formaban parte de las actividades académicas de la especialidad en Dolor por tanto abarcaban los temas considerados necesarios en el currículo del médico especialista en manejo del Dolor y Cuidados Paliativos; estas corrían a cargo de los médicos adscritos del Servicio de Clínica de Dolor, los alumnos residentes y especialistas invitados. En la programación mensual de las mismas, se consideraba la

participación de cada uno de los residentes en Medicina Conductual mediante la exposición de un tema relacionado con los aspectos psicológicos del Dolor y los Cuidados Paliativos; dichos temas también estaban fijados en el currículo del médico para conocimientos de los residentes Algólogos de la Clínica de Dolor. Se realizaba en las aulas del instituto.

Journal Club

Actividad académica semanal coordinada por un médico adscrito y dirigida a los residentes médicos y de medicina conductual de la clínica, así como a los médicos rotantes de anestesiología. El objetivo del *journal club* era la revisión y discusión bibliográfica de temas relacionados con el dolor crónico y los cuidados paliativos bajo una perspectiva predominantemente médica, como parte del proceso formativo de los residentes. Se realizaba en la oficina del servicio.

Sesión Clínica Inter. Institucional INNCMSZ – INCAN – GEA González

Actividad académica semanal que se realizaba en conjunto con los integrantes de los servicios de Clínica del dolor y cuidados paliativos de dichos institutos. Consistía en la presentación alternada de casos clínicos por los residentes médicos de los tres institutos, revisión de un tema preestablecido asociado al caso clínico presentado, y evaluación de los residentes médicos y psicólogos en dicho tema. La actividad estaba coordinada de manera alternada por médicos adscritos de los tres institutos, aunque la realización de la misma sólo era en las instalaciones del INNCMSZ y el INCAN. Los residentes del INNCMSZ para la presentación del caso clínico podían requerir el apoyo de los residentes de medicina conductual toda vez que éstos hubieran realizado algún tipo de intervención con el paciente relevante respecto al tema de la sesión.

La presente actividad era posible debido a la unificación de los contenidos del programa de posgrado en las tres instituciones y a su vez permitía el intercambio de opiniones, conocimientos y perspectivas tanto en el área médica y psicológica de los integrantes.

Elaboración Protocolo de Investigación

Requisito primordial en el proceso formativo dentro del programa académico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, y que consistía en la elaboración de un protocolo de investigación, relacionado con la clínica. El mismo debía seguir los lineamientos del Comité de Ética e Investigación del instituto, del servicio de Clínica del Dolor y ser aprobado por el supervisor académico, supervisor *in situ* y tutor del residente en medicina conductual.

Estadísticas Pacientes

De un total de 146 pacientes atendidos en el instituto, podemos ver con la figura 1 que la mayoría eran mujeres como lo reporta la literatura en dolor (Rodríguez, 2006).

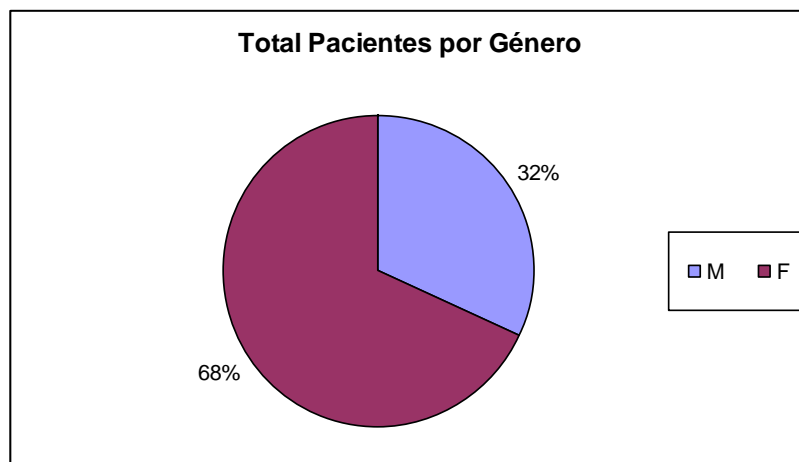


Fig. 1. Porcentajes por género de pacientes atendidos

En la figura 2 se presentan los promedios de edad de los pacientes atendidos por género, nótese que las edades entran dentro del rango de edades promedio descritas también en la literatura del dolor (Rodríguez, 2006).

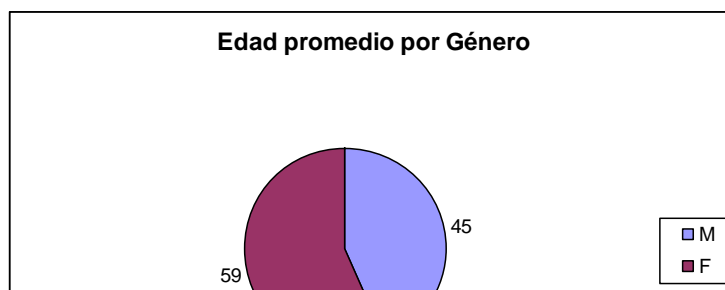


Fig.2. Edades promedio hombres y mujeres atendidos

En la figura 3 se muestran los diagnósticos psicológicos obtenidos de la población atendida.

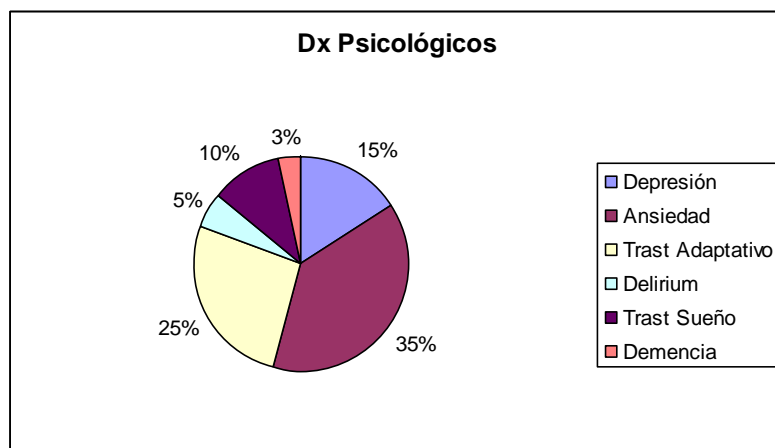


Fig.3. Diagnósticos psicológicos de pacientes atendidos

Finalmente en la figura 4 se observa la proporción de pacientes atendidos en el área de hospitalización frente a los atendidos en área de consulta externa, vemos cómo la gran mayoría perteneció al área de hospitalización.

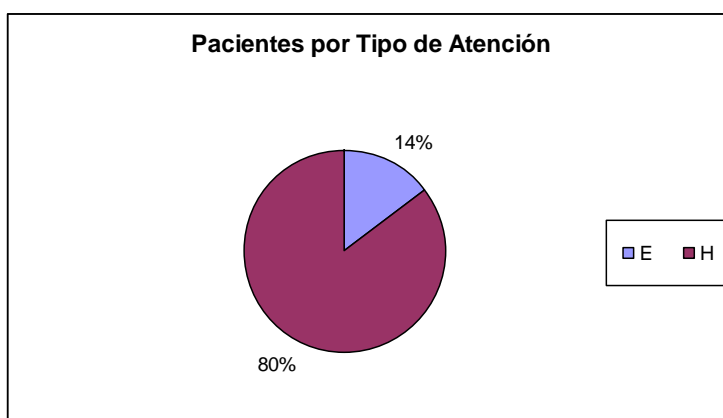


Fig.4. Porcentajes de pacientes atendidos en áreas de hospitalización y consulta externa

Una vez concluida la fase de evaluación se procedía a realizar la intervención siguiendo los objetivos generales y específicos de la TCC (terapia cognitivo-conductual) para el dolor crónico (Turk, 2000)

- 1) Proveer al paciente de un repertorio de técnicas que le ayuden a recobrar la sensación de control a pesar de los efectos del dolor en su vida así como modificar los aspectos afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales de la experiencia
- 2) Conductualmente busca el logro de una sensación de competencia personal mediante el incremento en su nivel de actividad
- 3) Cognitivamente busca otorgar control al paciente sobre sus respuestas afectivas, conductuales, cognitivas y sensoriales

Objetivos específicos de la TCC para el dolor crónico:

- a) Reconceptualización en el paciente de los problemas como desbordantes a tolerables
- b) Sensibilización del paciente hacia la adquisición de habilidades de respuesta más adaptativas
- c) Reconceptualización de la visión del paciente como un agente pasivo a uno activo y competente

Otras actividades desarrolladas

- Participación en validación de un instrumento en *Delirium* por invitación de un médico adscrito del servicio de psiquiatría.
- Participación en sesiones grupales para manejo del síndrome de burn-out a cargo de la supervisora *in situ*, psicóloga adscrita de la Clínica de Neurología y Psiquiatría del instituto.

- Participación en sesiones generales del instituto a cargo de ponentes externos, así como de médicos y residentes de diferentes servicios del mismo.
- Participación en XXXIII Curso Anual del Colegio Mexicano de Anestesiología.
- Participación en I Congreso Nacional de Médicos Mexicanos.
- Colaboración en artículo: “*Apectos psicoafectivos de los pacientes con dolor*” para publicación en revista de la AMETD.
- Participación en sesión: “*Cuidados paliativos en México*” del Colegio Mexicano de Anestesiología a cargo del Dr. Guevara – López y del Dr. Covarrubias del INCMNSZ.
- Participación en el curso “Estrategias de comunicación con el paciente oncológico a cargo de la Dra. Austrich en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Participación como profesor adjunto en el 1er Curso Teórico – Práctico de Dolor y Cuidados Paliativos para Enfermeras” en el INCMNSZ.

Supervisión in situ

Como responsable de las actividades del residente en el instituto estaba la Psicóloga Sofía Sánchez adscrita al departamento de Neurología y Psiquiatría del instituto. Los residentes de medicina conductual recibían apoyo académico, profesional y personal de la supervisora quien por pertenecer a otro servicio efectuaba su función de supervisora de manera semanal en una reunión programada, aunque de ser necesario los residentes podían solicitar una cita extra con la misma. Como *fortalezas* de la supervisión *in situ* se encuentran:

- La supervisora cuenta con altas competencias clínicas
- La supervisora posee competencias metodológicas y de investigación
- La supervisora conoce los requerimientos clínicos y académicos que los residentes deben cubrir en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
- La supervisora posee altos conocimientos en el enfoque cognitivo conductual
- La supervisora posee una actitud positiva y respetuosa
- La supervisora realiza sus funciones de forma seria y responsable

Como *áreas de oportunidad* de la supervisión *in situ* se encuentran:

- Mayor presencia de la supervisora en las actividades de la Clínica del Dolor

- Dominio de las intervenciones para pacientes con dolor crónico bajo el enfoque cognitivo conductual
- Mayor contacto con el supervisor académico
- Establecimiento de líneas de trabajo, en conjunto con la clínica de dolor y cuidados paliativos

Supervisión académica

Como responsable académico de los residentes ante la UNAM se encontraba el Mtro. Fernando Vázquez miembro de la maestría en Medicina Conductual y catedrático de la UNAM. Para la supervisión académica se celebraban reuniones semanales programadas con el supervisor quien asesoraba a los residentes en el desempeño de sus actividades clínicas dentro de la Clínica del Dolor y en la elaboración del protocolo de investigación. Como *fortalezas* de la supervisión académica encontramos:

- El supervisor cuenta con altas competencias metodológicas y en investigación
- El supervisor conoce a profundidad las demandas y los requerimientos clínico - psicológicos del servicio de Clínica del Dolor
- El supervisor domina el enfoque cognitivo conductual
- El supervisor posee amplios conocimientos en el área de Medicina Conductual
- El supervisor está al tanto de las líneas de investigación realizadas en el servicio de Clínica del Dolor por residentes de años anteriores

Como *áreas de oportunidad* en la supervisión académica se encuentran:

- Mayor presencia del supervisor en las actividades de la Clínica del Dolor
- Mayor comunicación del supervisor académico con la supervisora *in situ* y con el jefe de servicio de la Clínica del Dolor

Conclusiones

La relevancia de la medicina conductual en el campo de la salud es cada vez mayor, la variedad de intervenciones que existen para su aplicación en diversos padecimientos, así como los programas de prevención y rehabilitación son evidencia de ello (Labrador et al., 1990). En el caso del padecimiento de dolor crónico, las múltiples afectaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas que experimentan pacientes y familiares, han influido en la amplia investigación de los factores psicológicos involucrados en el fenómeno, al igual que en la amplia generación de programas de intervención multicomponentes. La medicina conductual como disciplina interesada en los aspectos relacionados con la salud, puede aportar al manejo de los pacientes con dolor crónico cambios en ámbitos específicos como, la adherencia al tratamiento, mejoras en el afrontamiento ante eventos desagradables, entrenamiento de profesionales en estrategias más adecuadas de intervención, apoyo en las labores de otros profesionales, como preparación de pacientes para procedimientos específicos, o puede incidir también en hábitos y patrones de comportamiento de los pacientes; todo lo anterior con el objetivo de maximizar los potentes procedimientos con los que se cuenta.

Por su parte la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, cuenta con un equipo y filosofía multidisciplinaria en la atención de los pacientes con dolor crónico, como lo sugiere la literatura (Covarrubias y Guevara, 2006; Miró, 2003), en la búsqueda de mejores resultados para dicha población. Sin embargo en lo que respecta al área de psicología, ésta carece de la estructura necesaria que permita dar seguimiento a procedimientos por ejemplo de evaluación, intervención y seguimiento de los pacientes, mismos que han sido ampliamente estudiados y expuestos en la literatura relacionada con el fenómeno. Por lo tanto se recomienda promover una comunicación más estrecha entre los supervisores del residente en medicina conductual y los responsables de la Clínica del Dolor del Instituto, sede del programa.

Referencias

- Alves de Lima, A. (2003). Habilidades de Comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica. *Revista del CONAREC*, 68, 19 – 24.
- Alves de Lima, A. (2005). Observación directa del desempeño del residente: una práctica en desuso. *Revista Argentina de Cardiología*, 73, 39 – 43.
- Austrich, E. (2008). Personalidad y Dolor Crónico. En Guevara, U. y De Lille, R. (Eds.). *Medicina del Dolor y Paliativa* (pp.611-653). México: Corinter.
- Bazako, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En Remor, E.; Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 569-590). España: Desclée de Brouwer.
- Betz, J., Boles, M., Mullooly, J. y Levinson, W. (1999). Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction. *Annals of Internal Medicine*, 131, 822 – 829.
- Brown CA. (2004). Service provider's perception of affective influences on decision-making about treatments for chronic pain. *Diability and Rehabilitation*, 26, 16-20.
- Brown, J.; Boles, M.; Mullooly, J. & Levinson, W. (1999). Effect of clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction. *Annals of Internal Medicine*, 131, 822-829.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993b). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Campo-Cabal, G., Álvarez, J., y Morales, A. (2006). La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 547 – 569.
- Canelles, M., Moreno, M. A., Echevarria, J. C. y Bestard, L. (2003). Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de medicina interna bajo observación directa y registro de audio. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32, 190 – 196.

- Car, J. & Sheikh, A. (2005). Telephone consultations. *British Medical Journal*, 326, 966-969.
- Cibanal, J., Sánchez, A. y Balsa, C. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relaciones de Ayuda en Ciencias de la Salud*. España: Elsevier.
- Cleries, X., De Nadal, J. y Branda, L. (2006). Formar en comunicación a los estudiantes e medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación Médica*, 29, 2 – 5.
- Comas, M.D.; Schröder, M. y Villalba, O. (2003). Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos. En Remor, E.; Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 777-813). España: Desclée de Brouwer.
- Covarrubias, A. y Guevara, U. (2006, 10 abril). ¿Qué son las clínicas del dolor? *Revista Digital Universitaria*. 7, 4.
- Dalen, I., Kerkhofs, E., Verwijnen, G.M., van Knippenberg – van den Berg, B.W., van den Hout, H.A., Scherpbier, A. y van der Vleuten, C. (2002). Predicting communication skills with a paper and pencil test. *Medical Education*, 36, 148 – 153.
- Donker, F. (1999). Tratamiento psicológico del dolor crónico. En Simon, M. (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 537-556). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Donker, F. (1991). Evaluación y Tratamiento conductual del Dolor Crónico. En Buela-Casal, G y Caballo, V. (Eds.). *Manual de Psicología Aplicada* (pp. 40-48). Madrid: Siglo XXI.
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87, 144-152.
- Epstein, R., Campbell, T., Cohen-Cole, S., McWhinney, I. y Smilkstein, G. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *The Journal of Family Practice*, 37, 377 – 387.
- Epstein R., Franks, P, Shields, C., Meldrum, S., Miller, K., Campbell, T., y Fiscella, K. (2005). Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *Annals of Family Medicine*, 3, 415 – 421.

- Franstve, L. M. E. & Kerns, R. D. (2007). Patient provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine*, 8, 25-35.
- Gérvás, J., Pérez, M. y Gutiérrez, B. (2009). Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Atención Primaria*, 41, 41 – 44.
- Guevara, U. y De Lille, R. (2008). En Guevara, U. y De Lille, R. (Eds.). *Medicina del Dolor y Paliativa* (pp. 21-31). México: Corinter.
- Hajek, P., Najberg, E. y Cushing, A. (2000). Medical students concerns about communicating with patients. *Medical Education*, 34, 656 – 658.
- Hernández, I., Fernández, M. A., Irigoyen, A. y Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico – paciente en medicina familiar. *Medicina Familiar*, 8, 137–143.
- Kim, Y, Figueroa, M.E., Martin, A., Silva, R.; Acosta, S.; Hurtado, M.; Richardson, P. y Kols, A. (2002). Impact of supervision and self – assessment on doctor – patient communication in rural Mexico. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 359 – 367.
- Kim, Y., Kols, A., Martin, A., Silva, D., Rinehart, W., Prammawat, S., Johnson, S. y Church, K. (2005). Promoting Informed Choice: evaluating a decision-making tool for family planning clients and providers in Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 31, 162 – 171.
- Kurtz S M, Silverman J D. (1996).The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *MEDICAL EDUCATION*, 30, 83-89.
- Labrador, F.; Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). Medicina Conductual. En Fuentenebro, F. y Vázquez, C. (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría* (pp. 641-651). España: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior. A Brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699. citados en Pades, A. (2003). *Habilidades Sociales en Enfermería: Propuesta de un Programa de Intervención*. Tesis de Doctorado no publicada, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.

León, J.M., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, T. y Cantero, F.J. *Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid: Mc Graw-Hill. citados en Pades, A. (2003). *Habilidades Sociales en Enfermería: Propuesta de un Programa de Intervención*. Tesis de Doctorado no publicada, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.

Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key Communications skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700.

Martin, G. Y Pear, J. (1999). *Modificación de Conducta, Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.

Mavis, B.; Ogle, K.; Lovell, K. y Madden, L. (2002) Medical students as standardized patients to assess interviewing skills for pain evaluation. *Medical Education*, 36, 135-140.

Mathews, L.; Menon, J. & Mani, N. (2004). Micro-OSCE for Assessment of Undergraduates. *Medical education*, 17, 159-163.

McKinstry, B.; Walker, J.; Blaney, D.; Heaney, D. y Begg, D. (2004). Do patients and expert doctors agree on the assessment of consultation skills? A comparison on two patient consultation assessment scales with the video component of the MRCGP. *Family Practice*, 21, 75 – 80.

Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Miaskowski, Ch. (2005). Principles of pain assessment. En Papagallo, M. (Ed.) *The Neurological Basis of Pain* (pp. 195-207). USA: Mc Graw-Hill.

Miró, J. (2003). *Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. España: Desclée de Brouwer.

Moreno, M. A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Revista Cubana de Medicina*, 39, 106 – 114.

Munuera, N.; Mateo, A.; Albert, E. y Arreal, T. (2004). *Psicología para el campo de salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: Mc Graw-Hill.

- Niemi-Murola, L.; Heasman, P.; Pyörälä, E.; Kalso, E. & Pöyhkä, R. (2006). Training medical students to manage a chronic pain patient: both knowledge and Communications skills are needed. *European Journal of Pain*, 10, 167-170.
- Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. www.psicologiacientifica.com. recuperado de Internet en 2009.
- O'Connor, M., y Lee-Steere, R. (2006). General Practitioners' Attitudes to Palliative Care: A western Australian rural perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 1271 – 1281.
- Pades, A. (2003). *Habilidades Sociales en Enfermería: Propuesta de un Programa de Intervención*. Tesis de Doctorado no publicada, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.
- Paeile, C. y Bilbeny, N. (1997). El Dolor aspectos básicos y clínicos. Chile: Mediterráneo.
- Pérez, R. y Otero, M. (2003). Evaluación de la competencia en médicos intensivistas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32, 143 – 148.
- Ramos-Rodríguez, C. (2008). Percepción de la relaciones médico – paciente por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69, 12 – 16.
- Rees, Ch.; Sheard, Ch. & Davies, S. (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education*, 36, 141 – 147.
- Rodríguez, M. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de dolor en España. Estudio STEP. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 525-532.
- Salvador, L. y Melgarejo, M. (2002). *Cumplimiento Terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. España: Ars Médica.
- Simpson, M.; Buckman, R.; Stewart, M.; Maguire, P.; Lipkin, M.; Novack, D. y Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 303, 1385 – 1387.

Sogi, C.; Zavala, S.; Oliveros, M. y Salcedo, C.; (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina Lima*, 67, 30 – 37.

Stewart, M. A. (1995). Effective Physician Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 1, 152-159.

Tena, C. y Hernández, F. (2005). *La Comunicación Humana en la Relación Médico – Paciente*. México: Prado.

Turk, D. C. y Melzack, R. (1986). The Measurement of Pain and the assessment of People Experiencing Pain. En Turk, D.C. y Holzman, A.D.(eds.). *Pain Management. A Handbook of psychological treatment approaches* (pp. 3-11). New York: Pergamon Press.

Turk, D.C. y Melzack, R. (2000). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press.

Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

Van-der Hofstadt, C.J. y Quiles, M.J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 8, 503-510.

Apéndice A

HOJA DE REGISTRO

(lista checable)

Sexo:	Edad:	Dx:
Iniciando la sesión		
Preparación		
Se concentra (lee el expediente con anticipación)		
Prepara el mobiliario		
Cuenta con el material necesario		
Contacto Inicial		
Contacto inicial es un saludo		
Contacto inicial es una orden		
Establece contacto visual		
Establece contacto físico (da la mano)		
Establece contacto con el acompañante del paciente		
Pregunta al paciente su nombre		
Al presentarse él da su nombre		
Al presentarse comenta su cargo, especialidad		
Identificación de los Motivos de Consulta		
Se cerciora de que el paciente sea de primera vez		
Pregunta al paciente si llegó de manera independiente o referido por alguien más		
Comienza el interrogatorio preguntando al paciente el motivo de la consulta (preguntas abiertas)		
Comienza el interrogatorio preguntando al paciente el motivo de la consulta (preguntas cerradas)		
Comienza el interrogatorio con preguntas (cerradas) relacionadas con el padecimiento		
Comienza el interrogatorio con preguntas (abiertas) relacionadas con el padecimiento		
Menciona el problema principal desde su perspectiva de especialista		
Escucha con atención lo que el paciente comenta		
Evalúa y confirma la lista de problemas planteados por el paciente		
Pregunta al paciente si hay algo en particular que le preocupe de su padecimiento		
Pregunta al paciente si existen otras preocupaciones relacionadas con su padecimiento		
Recabando la Información		
Exploración de los Problemas		
Interroga al paciente sobre el conocimiento de su padecimiento (causa, funcionamiento, efecto, gravedad, duración, posible tratamiento)		
Corroborar o invalida la información que el paciente posee de su padecimiento		
Pregunta al paciente sobre sus expectativas (cura o mejoría)		
Pregunta las metas del paciente		
Pregunta al paciente que lo ha impulsado a buscar ayuda en estos momentos		
Permite los silencios		

Utiliza un lenguaje de fácil comprensión
Es conciso
Resume periódicamente para verificar comprensión de lo dicho
Comprendiendo la Perspectiva del Paciente
Permite que el paciente exprese con sus propias palabras el problema desde el inicio
No supone lo que el paciente quiere decir le pregunta
Pregunta en qué grado se ve afectado por el padecimiento
Pregunta a quiénes afecta su padecimiento
Pregunta cómo se manifiesta el problema en su vida cotidiana
Explora las creencias del paciente respecto al padecimiento
Generando una Estructura a la Consulta
Hace resúmenes en forma sistemática
Resalta puntos de inflexión de un problema a otro
Desarrolla una secuencia lógica y entendible para el paciente
Construyendo la Relación
Construyendo la Relación
Responde a todas las preguntas del paciente
Escucha pasiva (sin responder ni a reacciones)
Creando la Relación
Charlar brevemente de manera no técnica
El médico se preocupa del paciente como persona
Acepta las opiniones y puntos de vista del paciente y familiares
Entendimiento y comprensión sensible de las apreciaciones y predicamentos de la otra persona (empático)
Comunicación de ese entendimiento al paciente (empático)
Es sensible para discutir temas conflictivos o vergonzosos dentro de un marco de reserva
Comunicación No Verbal
<i>Posturas</i>
Sentado de frente al paciente con la columna vertical (80-90°) abarcando todo el asiento
Abierta, tronco orientado hacia el paciente con los hombros en paralelo
Piernas y pies relajados apoyados en el piso
<i>Distancias</i>
Respeto territorio del paciente
Se aproxima para dar énfasis a cierta información
Equivale la longitud de un brazo
<i>Contacto físico</i>
Estrecha la mano, palmada en hombro o espalda

Masaje terapéutico (transmite bienestar, reafirma confianza, responde a llanto o ansiedad)
<i>Movimientos del cuerpo</i>
Codos flexionados con manos apoyadas sobre la mesa ligeramente abiertas sin rigidez, acompañan la conversación de forma moderada
Inclina la cabeza hacia a un lado para comunicar atención
<i>Expresión facial</i>
Expresa sus emociones
Refleja atención e interés
Gestos coherentes con el mensaje verbal que transmite
Es correspondiente con los sentimientos que externa el paciente
Emplea gestos de descarga (arregla la corbata, pasa mano sobre cabeza, juega con la pluma) de forma moderada
<i>Comportamiento visual</i>
Regula el flujo de la comunicación
Establece contacto al escuchar información relevante del paciente
Escribe mientras escucha al paciente
Responde a las emociones del paciente
Establece contacto al exponer un punto importante o dar una explicación
Establece contacto al dar las indicaciones del tratamiento
<i>Voz</i>
Refleja confianza
Refleja seguridad
Pone énfasis en aspectos importantes
Corresponde al estado emocional de ambos paciente y médico
No es monótona, varía el tono
Adecuada fluidez
<i>Uso del tiempo</i>
<i>Presencia física</i>
Limpieza
Aliño
<i>*Características del entorno</i>
Involucrando al Paciente
Reduce la incertidumbre mediante el intercambio de opiniones o pensamientos con el paciente sobre aspectos de su problema
Respuestas de Reconocimiento (aja, uhm, ya veo)
Explicaciones y Plan de Acción
Proveyendo el tipo y cantidad de Información necesaria
Determinar el grado de conocimiento del paciente
Anuncia el contenido de lo que va a decir
Da información en bloque y avanza a otro hasta que se haya comprendido el anterior
Transmite la información más importante al principio
Pregunta al paciente qué es lo que específicamente desea saber
Da indicaciones directas relacionadas a acciones concretas

Ayudando a la Comprensión del Problema
Hace la información fácil de recordar y entender mediante la sección de la misma en secuencias lógicas
Utiliza lenguaje conciso
Utiliza métodos visuales: (esquemas, diagramas, modelos, información escrita, dibujos, etc.)
Pide al paciente que repita los conceptos con sus propias palabras
Genera oportunidades para que hagan preguntas
Utiliza y aprovecha signos de lenguaje verbal y no verbal
Incorporando la Perspectiva del Paciente
Involucra al paciente en la toma de decisiones
Comparte propias ideas o dilemas
Sugiere, no da órdenes
Negocia en forma conjunta
Ofrece alternativas
Discute opciones si existieran
Permite que el paciente elija
Ofrece su opinión en el significado de los problemas
*En caso de procedimientos da información incluyendo lo que va a pasar
*Discute o promueve preguntas en relación con posibles malos resultados
Opciones de Explicación y Planificación
Solicita al paciente que repita con sus propias palabras lo que entendió
Promueve que el paciente haga preguntas o exprese sus dudas
Cerrando la Sesión
Hacer un Resumen Final
Resume brevemente lo ocurrido durante la sesión y clarifica dudas del plan a seguir
Acuerde los Pasos a Seguir
Da instrucciones específicas y operativas
Establecer Planes de Contingencia
Explica qué hacer cuando las cosas no ocurren bajo lo previsto
Pregunta de qué manera podría el paciente intentar reducir su malestar
Chequeo Final
Controla que el paciente este de acuerdo con todo lo discutido y que no queden dudas o aclaraciones
Comunica la fecha de la próxima cita