



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA MANEJO DEL ESTRÉS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
INTERMITENTE.**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
ELIZABETH SALAZAR NÚÑEZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. ISABEL REYES LAGUNES.
REVISOR: MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. MARIA ANTONIETA CALDERÓN
DRA. SANDRA ANGUIANO
DR. JUAN JOSÉ SANCHEZ SOSA**

MÉXICO D.F.

MARZO DEL 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.

AGREDECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, porque a ella le debo mi formación académica y personal.

Al **Programa de Maestría en Medicina Conductual**, a cada uno de mis maestros, gracias por compartir sus conocimientos. Y a todo el personal que hace posible este programa.

A mi tutora la **Dra. Isabel Reyes Lagunes**, gracias por su sencillez y sus cálidas asesorías, pero a la vez por sus estándares de exigencia. Marcando en un mí un camino profesional y por el apoyo durante toda la residencia y enriquecer este trabajo.

Al **Mtro. Leonardo Reynoso**, por compartir sus conocimientos, tiempo y amistad y levantarme, en los momentos de flaqueza. Por su enorme paciencia, ayuda, asesoría y corrección de cada uno de mis trabajos.

A la **Mtra. Bertha Molina Zepeda**, por confrontar decisiones profesionales y personales en mi vida. Gracias por estar siempre a mi lado y darme herramientas de formación profesional y personal, pero sobre todo por ser mi amiga.

Al Hospital General de Atizapán, en especial a la **Dra. Ma. Antonieta Calderón**, por impulsar a cada uno de los residentes que transitamos por él. Y todo el personal que facilito la realización de mi trabajo: a mi supervisora In situ, enfermeras, médicos adscritos y médicos residentes, gracias por su apoyo durante la residencia.

A cada uno de mis pacientes, por que sin ellos no podría ser lo que soy. Muy especialmente a ti **Adriana B**, por tu ejemplo de vida.

A mi madre: Por ser el más dulce y fiel recuerdo. Gracias por enseñarme a amar la vida.

A mi padre: Por construir en mi el amor por el estudio y la docencia. Gracias por permitirme caminar junto a ti y brindarme el tiempo necesario, para la terminación de este proyecto. Te extraño.

A Renán: Por tu paciencia y amor incondicional. Y acompañarme y ser cómplice de cada uno de mis sueños.....Te amo por completar mi existencia.

A mi hijo: Por ser la inspiración de nuevos retos de vida, por enriquecer mi vida y comprender los tiempos dedicados a cada proyecto. Te amo hijo.

A mis pequeños: **Julia Triana**, por su ternura y complicidad, a **Natalia** por su espontaneidad y carácter, a **Diego** por su energía y generar recuerdos tan preciados, a **Elisa** por su ternura. A **Carlitos, Jessi y Ale**, por los buenos tiempos compartidos.

A mi hermana **Pata:** Por ser mi compañera eterna y confidente incondicional. Gracias por crecer junto a mí.

A mi hermano **David:** Por estar siempre a mi lado. Y apoyar cada paso dado.

A mis cuñados: A **Memo** por su gran calidad humana y profesional. Gracias **Paty** por tu tenacidad y ejemplo. A **Vero y Male**, por sus enseñanzas. Gracias a la familia **González Lazzano y Del Río Hernández**, por pertenecer a mi vida.

A **Isa:** Mi pequeña amiga, proveedora de grandes ejemplos. Por permitirme entrar en tu vida.

A **Tala:** Por tanto cariño dado, por recibirme siempre con los brazos abiertos.

A **Beli:** Por estar en nuestras vidas y ser un gran ejemplo.

A **Heidi** por los nuevos proyectos y apoyo incondicional.

INDICE

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual para manejo del Estrés en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Material y Método.....	15
Discusión y Conclusiones.....	23

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Introducción.....	26
Sede Hospitalaria: Hospital General de Atizapán.....	29
Actividades Profesionales.....	32
Descripción pacientes atendidos.....	35
Actividades académicas.....	37
Competencias alcanzadas.....	39

ANEXO I

Caso Clínico Primer año.....	41
Caso Clínico Segundo Año.....	47
Referencias Bibliográficas.....	54

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MANEJO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar el grado de depresión y estrés en pacientes con Insuficiencia renal crónica pertenecientes a un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente, antes y después de una intervención cognitivo conductual, donde se entrenó al paciente en técnicas como: inoculación al estrés y solución de problema, que le permitan enfrentar de manera efectiva los eventos estresantes en el curso de su enfermedad y coadyuvar al manejo del estrés a través de técnicas como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la imaginería.

La muestra fue de tipo no probabilística conformada por pacientes pertenecientes al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente, del Hospital General de Atizapán. El diseño fue cuasiexperimental de caso único replicativo. Se presentan los resultados de ocho sujetos (seis hombres y dos mujeres) que completaron el programa. La edad de los pacientes osciló entre 37 y 67 años, media de estancia en el programa de 11 meses. Seis de ocho sujetos lograron reducción estadísticamente significativa de sus síntomas de depresión, mientras que dos sujetos lograron cambio en percepción del estrés. Los resultados como grupo demostraron que la reducción del puntaje antes y después en ambos instrumentos es estadísticamente significativa, lo que implica que este programa de tratamiento redujo efectivamente los niveles de depresión y de estrés.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de pacientes con insuficiencia renal ha ido en incremento, lo que es un gran problema de salud pública en México, por eso la relevancia de estudiar los componentes que rodean a la enfermedad. La calidad de vida es importante para lograr una adecuada sobrevida. La manera como el paciente conceptualiza su calidad de vida, lo llevan a realizar conductas adecuadas para el mantenimiento de una adecuada adherencia terapéutica y un mayor bienestar.

En México murieron 12 734 pacientes con problemas renales crónicos en el año del 2007, ocupando del décimo lugar de causa de muerte en la población general de México (Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática.SS/DGEI, 2007). La Insuficiencia Renal es una enfermedad que determina importantes alteraciones en todo el organismo, además de alteraciones psicológicas. Los pacientes con insuficiencia renal tienen una experiencia particular de la enfermedad, ésta dependerá de la trayectoria de su enfermedad, de sus características personales y del entorno familiar, por lo tanto ocurren cambios importantes en la calidad de vida en estos pacientes (Vidal, 2003).

La Insuficiencia Renal Crónica es una de las enfermedades crónicas degenerativas que mayor impacto tienen en el sector salud, genera costos elevados para su atención y repercusiones sociales y emocionales negativas en el paciente, por lo que es relevante estudiar todos los componentes que rodean la enfermedad desde un equipo multidisciplinario.

Durante el 2006 en el Hospital General de Atizapán, se atendieron 528 casos de los cuales 14 pertenecían al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente. La Insuficiencia Renal es una enfermedad que genera estrés crónico, debido a que el paciente tiene que realizar cambios importantes en su estilo de vida, terapéutica medicamentosa, un bajo consumo de sal, restricción de líquidos y dieta.

En la actualidad la insuficiencia renal representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumentan con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos (A. G. Rodríguez y A.I. Rodríguez, 2004).

La Insuficiencia Renal se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10ml/min. Entonces aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones: digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas. Si la función renal no se estabiliza, se produce una enfermedad renal terminal (Martín, 1997).

La etiología más común de insuficiencia renal crónica incluye nefropatía diabética, nefrosclerosis hipertensiva y glomerulonefritis crónica. La gran mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la larga progresa a insuficiencia renal crónica terminal y requieren primero de diálisis peritoneal y más adelante de la hemodiálisis (Christensen, Moran, Wiebe, Ehlers, & Lawton, 2002).

Se han mencionado diferentes factores de riesgo para la Insuficiencia Renal Crónica como estilos de vida deficientes, que implican prácticas de vida no saludable o conductas de riesgo y enfermedades como: la diabetes, la hipertensión arterial son la causa de las dos terceras partes del total de la población que presenta insuficiencia renal crónica. La glucosa en sangre puede ocasionar nefropatía diabética, es decir, un daño a las nefronas y pierden progresivamente su función, mientras que la hipertensión arterial puede lastimar los pequeños vasos sanguíneos de los riñones y los vasos dañados no pueden filtrar adecuadamente las sustancias venenosas de la sangre. Los médicos señalan factores de riesgo a la hipertensión arterial, nefropatía diabética, glomerulopatías, enfermedad renal poliquística, infecciones crónicas de vías urinarias, lupus y otras enfermedades que pueden

afectar el sistema inmunológico. Requiriendo tratamiento sustitutivo ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante.

La Insuficiencia Renal es una enfermedad que determina importantes alteraciones en todo el organismo, además de alteraciones psicológicas. Los pacientes con insuficiencia renal tienen una experiencia particular de la enfermedad, ésta dependerá de la trayectoria de su enfermedad, de sus características personales y del entorno familiar, por lo tanto ocurren cambios importantes en la calidad de vida en estos pacientes (Vidal, 2003).

Durante las hospitalizaciones frecuentes se produce una pérdida de control de las actividades y decisiones de la vida cotidiana. La insuficiencia renal crónica (IRC) genera estrés al hacerle cambios frente a la situación de estar enfermo y comprender que el manejo de la enfermedad requiere cambios drásticos en el estilo de vida de la persona. El estrés es reflejado en importantes alteraciones en todo el organismo, ocasionando trastornos físicos como psicológico. El comportamiento de este tipo de pacientes, se encuentra relacionado con procesos bioquímicos o bien el comportamiento, los pensamientos y las emociones del paciente pueden estar en función de la evaluación que el enfermo hace del ambiente en el que se encuentra inserto. Como ejemplo, la somnolencia y obnubilación que presenta el paciente con Insuficiencia renal Crónica, pueden ser consecuencia de la acumulación de productos metabólicos de desecho y no producto de una incorrecta evaluación del ambiente (Vázquez, 2009).

Es importante reconocer y diferenciar entre depresión y datos por uremia, así como el poder intervenir de manera oportuna en el paciente con insuficiencia renal. Hay lazos entre la depresión y la insuficiencia renal y éstos probablemente sean bidireccionales. El tratamiento de la depresión podría lograr mejoría tanto en aspectos médicos como psicológicos. Dado que la toma de medicamentos antidepresivos es riesgosa para la insuficiencia renal, la terapia cognitivo-conductual se vuelve una herramienta promisoriosa para este tipo de pacientes (Cukor, Peterson, Cohen & Kimmel, 2006, Cohen, Norris, Acquaviva, Peterson & Kimmel, 2007).

El paciente con insuficiencia renal se enfrenta a eventos estresantes constantes, como disfunción de catéter, hospitalizaciones continuas y complicaciones médicas secundarias a la misma enfermedad. Pacientes hospitalizados presentan respuestas de estrés como:

ansiedad, miedo, pérdida de interés por el medio exterior, incremento de irritabilidad, infelicidad, depresión y preocupación con los procesos corporales (Latorre, 1994).

Existen diversos factores que son concomitantes al padecimiento de la insuficiencia renal crónica y juegan un papel significativo en el paciente. El estrés se vuelve una constante y la calidad de vida de los pacientes se modifica, por restricciones importantes en la alimentación y la ingesta de líquidos, presentan dolor, depresión y miedo ante los diversos tratamientos médicos invasivos a los que se enfrentan. El paciente debe restringir la ingesta de líquidos ya que, la función renal deteriorada no permite el adecuado manejo de éstos, con lo que la retención de los mismos es un fenómeno común a todos los pacientes, que además tendrá como consecuencia la elevación de la presión arterial. De allí que, es de fundamental importancia que el psicólogo trabaje hacia la disminución de la conducta de beber líquidos; será necesario que el paciente aprenda a calcular su ingesta y que se adhiera a programas de restricción. La hipertensión arterial puede ser causa o consecuencia de la enfermedad renal; independientemente de su etiología, el paciente hipertenso en tratamiento podría tener una serie de efectos secundarios consecuencia del uso de algunos antihipertensivos, por lo que en muchas ocasiones estos pacientes abandonan el tratamiento. Ésta será otra tarea del psicólogo, el trabajar con estos pacientes en la adherencia a los medicamentos y en ayudar al paciente a que aprenda a monitorear sus síntomas y cifras de tensión arterial. El enfermo renal muy frecuentemente presenta anemia, la cual se instala de manera progresiva, por lo que inicialmente puede pasar desapercibida para posteriormente iniciar con sintomatología y ésta se identifica por síntomas como fatiga fácil, debilidad y somnolencia, además de signos como la palidez. El paciente renal que cursa con anemia no puede ser tratado con dieta hiperproteica, por lo que el médico indicará el tratamiento adecuado y será labor del psicólogo ayudar a que el paciente siga el tratamiento y se adhiera al mismo (Reynoso, 2009).

El estrés se acompaña de emociones, éstas aparecen como consecuencia de eventos evaluados como amenazantes, desafiantes o dañinos. La emoción y el estrés utilizan vías de expresión autonómicas, es decir, la activación del sistema nervioso simpático. El estrés, los estilos de enfrentamiento y otros factores se relacionan también de muchas maneras, con problemas biológicos y psicopatológicos. El estrés puede producir efectos directos:

incrementando la vulnerabilidad del organismo, actuar como agente inductor, precipitando la aparición de trastorno al alterar el organismo, generando comportamientos poco saludables, como: fumar, el abuso de sustancias psicoactivas, insomnio o trastornos de alimentación, entre otros. Por lo que, la respuesta al estrés puede adoptar diversas formas más o menos específicas, dependiendo de la intensidad y duración de las condiciones de estímulo, así como de la participación diferencial de distintos subsistemas biológicos. Por ello, la identificación de circunstancias ambientales vinculadas a reacciones de estrés, específicas o generalizadas, podría ser una estrategia más adecuada para examinar la forma en que el ambiente afecta a los estados biológicos relacionados con la vulnerabilidad a condiciones o agentes patógenos.

Lazarus en 1966 describe el estrés como un concepto muy general, tal como puede ser la emoción, la motivación o la cognición, organizando en torno a los significados que el individuo otorga a las interacciones que exceden sus recursos (modelo transaccional). Uno de los principales elementos del modelo transaccional, lo constituye el concepto de enfrentamiento, considerado como el proceso mediado por factores personales, contextuales y ambientales, así como la interacción de los mismos. El término *enfrentamiento* lo define como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Por lo que el enfrentamiento está en función de lo que un individuo piensa o hace.

Posteriormente Lazarus y Folkman en 1986, hablan de un modelo transaccional para el estudio del estrés, considerando al enfrentamiento como un proceso, abordándolo desde un punto de vista interaccionista, en donde son importantes los aspectos contextuales, y la valoración que el sujeto hace de los mismos. Este concepto de valoración es visto como un proceso en el cual el individuo es capaz de determinar las consecuencias que un acontecimiento situación puede provocar y de esto dependerá la evaluación que haga de dichos acontecimientos. Estos procesos lo dividen en tres fases: evaluación primaria, evaluación secundaria y el enfrentamiento. Donde la evaluación primaria se refiere a “cómo” el individuo percibe o interprete la situación que se le está presentando y que podría ser de

tres maneras: irrelevante, benigna-positiva y estresante. La evaluación secundaria se caracteriza por una forma de evaluación orientada a determinar qué es lo que puede hacerse y los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo y de lo que esté en riesgo. En el modelo transaccional de estrés, el enfrentamiento se define en función de lo que el individuo hace o piensa (Caballo y Anguiano, 2002).

El estudio de los efectos del estrés en pacientes con insuficiencia renal es importante, ya que nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias y progresivas o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar el autoconcepto, el sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos (Buela-Casal, 1996).

Es importante la evaluación de los efectos del estrés en pacientes con insuficiencia renal, ya que el modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, centra su preocupación en el estado del organismo. El paciente renal continúa en una pelea psicológica con su control débil en la vida que afecta su identidad y calidad de vida, ya que la calidad de vida incluye la satisfacción del tratamiento de las mediciones de bienestar, los síntomas del paciente y las habilidades del paciente para realizar actividades de la vida diaria (Junco, 2003).

Al enfrentar una enfermedad, el paciente se ve sometido a diversas fuentes de estrés: dolor, demandas del personal de salud, incapacidad, etc. (Lazarus y Folkman, 1986).

El programa de enfrentamiento para pacientes con insuficiencia renal se enfoca a trabajar sobre el manejo del estrés, de la depresión, a desarrollar estrategias de solución de problemas y a educar al paciente y sus familias para mantener la calidad de vida a pesar de la diálisis. Es importante controlar estrictamente la cantidad de líquidos ingeridos y cuidar el catéter de diálisis peritoneal, con lo que se evita el riesgo de infección y mantiene su calidad de vida (Reynoso, 2005).

Logan (2006) investiga las relaciones entre estresores y estrategias de enfrentamiento en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis, menciona que las estrategias de enfrentamiento

que se presenta en este tipo de pacientes pueden ser únicas para adultos mayores, refiere que utilizan más estrategias de enfrentamiento dirigidas a la emoción debido a la naturaleza de los estresores a los que se enfrentan, como una enfermedad crónica degenerativa de larga evolución que no les permite enfrentar enfocados al problema.

Es importante valorar condiciones externas objetivas como variables sociodemográficas (ingresos, edad, sexo, nivel educativo, estatus de empleo, estatus marital y familiar, por ejemplo), Variables comportamentales, variables sociales, como la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud (comerciales, educativos de transporte, de vigilancia y protección, de salud, de ocio, etc). Así como la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y sus posibilidades de ejecutar diferentes actividades. Otros incluyen el apoyo social percibido. Sin embargo, el impacto sobre el bienestar de los pacientes puede ser muy importante. El interés se centra en el impacto psicosocial agudo del tratamiento y las consecuencias a largo plazo de la enfermedad.

El comportamiento del paciente es un componente clave en el bienestar y su percepción de este, por el efecto de aspectos cognitivos, instrumentales y emocionales sobre el funcionamiento del organismo. Las creencias, pensamientos, convicciones, etc., pueden modular tanto la conducta instrumental como la afectiva. Por ejemplo, en el seguimiento de las indicaciones del médico, creencias sobre lo que puede ocurrir si siguen o no las instrucciones del personal de salud determinarán parcialmente esa conducta (Knight y Camic, 1998, Riveros, 2005, Sánchez-Sosa, 2002).

La terapia cognitivo conductual, es un modelo de intervención que evalúa las respuestas al estrés a través de tres sistemas: el fisiológico, el cognitivo y el motor. A nivel cognitivo evalúan pensamientos y emociones negativas tales como miedo, preocupación, ideas irracionales o sensación de incontrolabilidad de la situación. A nivel fisiológico: se realizan elevaciones en frecuencia cardíaca, presión sanguínea, descenso de la temperatura corporal, aumento de la sudoración o dilatación de la pupila y a nivel motor: tensión muscular y conductas observables como temblor o agitación.

Es importante valorar los componentes, como la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social, determinado por la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, personalidad del paciente, mecanismo de enfrentamiento, impacto de sucesos vitales estresantes, soporte social y momento vital (Schwartzmann, 1995).

Volicer y Cols (1978 en Latorre, 1994) validan una escala para medir ansiedad en pacientes hospitalizados. Reportan que la ansiedad está relacionada con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información de la misma. Por medio del estudio de la tasa cardíaca y la presión sanguínea durante la hospitalización, encontró correlaciones positivas entre estos parámetros y los puntajes obtenidos en su escala de ansiedad. Concluyen que la hospitalización produce estrés, manifestado a través de respuestas emocionales negativas asociados a cambios fisiológicos observables.

Las intervenciones cognitivo conductuales han incidido en aspectos como la desesperanza aprendida, depresión, estrés, enfrentamiento y auto eficacia. Teniendo como resultados la disminución del estrés psicológico provocado por el dolor. Las estrategias de intervención más empleadas en el mejoramiento de la calidad de vida y el manejo de los efectos del estrés, en pacientes con algún padecimiento crónico son:

Solución de problemas: ayuda al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causados por respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no desde el punto de vista de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas. La terapia basada en solución de problemas tiene como objetivo terapéutico, capacitar al paciente para enfrentar el estrés y los problemas de la vida cotidiana, enseñando al paciente a generar y plantearse probables alternativas de solución a diversos problemas, por cinco pasos sistematizados: orientación general al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisión y verificación. El paciente decidirá de la generación de alternativas, cuál es la que cuenta con mayores posibilidades de éxito. Implementará un plan de acción y evaluará las consecuencias (Nezu y Zurilla, 2000). Esta técnica se aplica para la solución de problemas relacionados con la adherencia terapéutica (dieta, actividad física, etc.), como para

problemas relacionados con la familia, aceptación o rechazo de procedimientos médico invasivos, trabajo, interacción social, etc.

Estudios recientes muestran que el entrenamiento en respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y la técnica de imaginería tienen efecto en la reducción de presión arterial y frecuencia cardíaca con la aplicación de la relajación muscular progresiva realizando registros antes y después de la intervención. (Benson, 1974, Dalí, 2003, Golman y Kleinman, 1975, González y Amigo, 2000, Moreno, Contreras, Martínez, Ayala, Livacic-Rojas y Vela-Villaroel, 2006).

Dentro de los diferentes procedimientos de relajación más empleados se encuentran:

- Respiración diafragmática: ejercicio sencillo de relajación en el cual se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, suele utilizarse como paso inicial para después entrenar al paciente en ejercicios de respiración profundos.
- Relajación muscular progresiva: estrategia basada en los principios de la relajación (músculos relajados) es lo opuesto a la ansiedad (tensión fisiológica). Se entrena al paciente a tensar y relajar varios pares musculares a través del cuerpo de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, abdomen, glúteos y piernas).
- Entrenamiento autógeno en relajación: se entrena al paciente a crear un estado de relajación profundo mediante generar autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz calor, calma, etc.

El entrenamiento en técnicas de relajación profunda le permite al paciente el control sobre respuestas antagónicas a estados o reacciones como enojo, ansiedad, desesperación, etc. El objetivo de este procedimiento es que el paciente distinga las sensaciones opuestas de un estado de relajamiento comparado con un estado de tensión.

López (1996) refiere que la relajación es una de las estrategias de intervención más empleadas en la práctica clínica, efectivas en situaciones donde se requiere reducir la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de tensión muscular o estados de alerta

general del organismo. Menciona que en investigaciones recientes se combina la relajación con otras técnicas cognitivas.

El objetivo de este estudio fue identificar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el decremento de síntomas de depresión y estrés en pacientes con Insuficiencia renal crónica pertenecientes a un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente , que le permitan enfrentar de manera efectiva los eventos estresantes en el curso de su enfermedad y coadyuvar al manejo del estrés, entrenando al paciente en técnicas como solución de problemas, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación.

MATERIAL Y MÉTODO

PARTICIPANTES:

La muestra fue de tipo no probabilística, seleccionados de forma intencional a partir de los criterios de inclusión. La muestra estuvo conformada con ocho pacientes pertenecientes al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente del Hospital General de Atizapán. En relación a las características sociodemográficas, las edades oscilaban entre 37 y 67 años, con una media de edad de 50.13 años. Seis participantes eran solteros y dos casados. La media de estancia de los participantes en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente fue de 11 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que presenten trastorno psiquiátrico clínicamente observable y pacientes con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica, que no pertenecían al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente y pacientes que no concluyeron el programa de intervención.

DISEÑO:

El diseño utilizado cuasiexperimental de caso único replicativo (n=1), supone evaluar al paciente ANTES de aplicar tratamiento, introducir el mismo y posteriormente evaluar, para demostrar disminución del número de síntomas y que esa disminución sea estadísticamente significativa. Este esquema permitió tener un punto de referencia inicial respecto al nivel de estrés y depresión en los pacientes antes de llevar a cabo la intervención y finalmente la última evaluación reveló la efectividad de programa.

ESCENARIO:

El estudio se llevó a cabo cuando el paciente asistía a recibir su tratamiento dialítico, en la Unidad de Diálisis Peritoneal Intermitente ubicado en el Servicio de Medicina Interna en el área de hospitalización del Hospital General de Atizapán.

MATERIALES:

1. Formato de consentimiento informado
2. Lista de chequeo sobre síntomas de estrés (Reynoso y Seligson, 1977). En una primera parte indaga presencia o ausencia de 14 problemas o enfermedades consecuencia del estrés y en la segunda parte se presenta un listado de 23 síntomas de estrés. Donde a mayor puntaje mayor, indica la presencia de síntomas de estrés.
3. Inventario sobre síntomas de depresión (Reynoso y Seligson, 1995). Consta de 43 aseveraciones en escala de tipo Likert con el propósito de señalar la presencia o ausencia de síntomas de depresión. Donde a mayor puntaje es mayor la presencia de síntomas de Depresión.
4. Se utilizó una grabación que contiene las instrucciones de la técnica de Relajación por Respiración Profunda (RRP) y Relajación Muscular Progresiva (RMP) e imaginación, la cual fue escuchada por los pacientes a través de un reproductor de audio para evitar variabilidad.
5. Formato de Solución de Problemas

PROCEDIMIENTO:

Inicialmente los pacientes se identificaron durante su hospitalización en el Servicio de Medicina Interna en la Unidad de Diálisis Peritoneal Intermitente, se les invitaba para formar parte del estudio. Una vez que los pacientes aceptaban se les proporcionó un consentimiento informado, en el cual se le informaba sobre los objetivos del programa, los posibles beneficios de la intervención, la duración de esta, se hacía énfasis en si deseaba retirarse del programa, no tendría ninguna consecuencia como usuario del Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

Las intervenciones se llevaron a cabo de manera individual con cada uno de los participantes, en tres fases.

FASE I: El procedimiento inició con una sesión de psicoeducación sobre el procedimiento y la enfermedad, la firma de un consentimiento informado y la aplicación Pre-Test de los instrumentos. Al inicio de la segunda sesión se inició el entrenamiento en solución de problemas.

FASE II: Se dieron siete sesiones semanales donde se entrenó al paciente en: Solución de Problemas, Respiración Diafragmática, Relajación Muscular Profunda e imaginación.

FASE III: Se concluyó con tres sesiones en las que el paciente replicó las técnicas de relajación sin apoyo auditivo. Cada sesión duró aproximadamente cincuenta minutos. Posteriormente se realizó la aplicación de Post-Test de instrumentos. En la última sesión finalmente se repasaron las técnicas aprendidas, haciendo énfasis en la aplicación de dichas técnicas en situaciones diferentes con la finalidad de lograr la generalización de las ganancias obtenidas a otros aspectos. Se examinaron las metas logradas y los conocimientos adquiridos con dicha intervención.

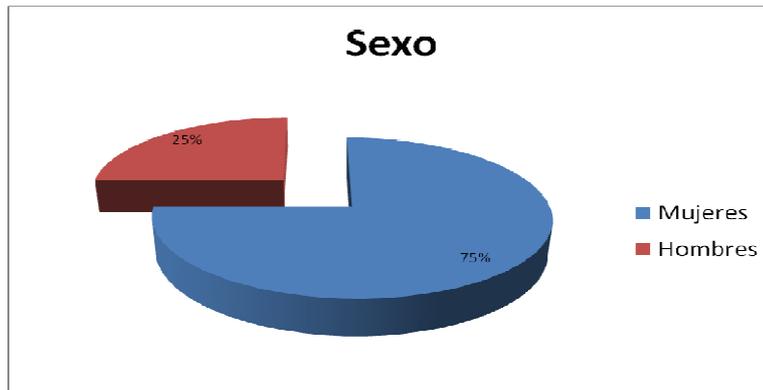
RESULTADOS:

En un inicio se describen los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes. Después se presentan los resultados correspondientes a la lista de chequeo de síntomas de Depresión, seguidos por los datos del Inventario de Estrés y finalmente se muestran las diferencias entre las dos variables en cada uno de los casos.

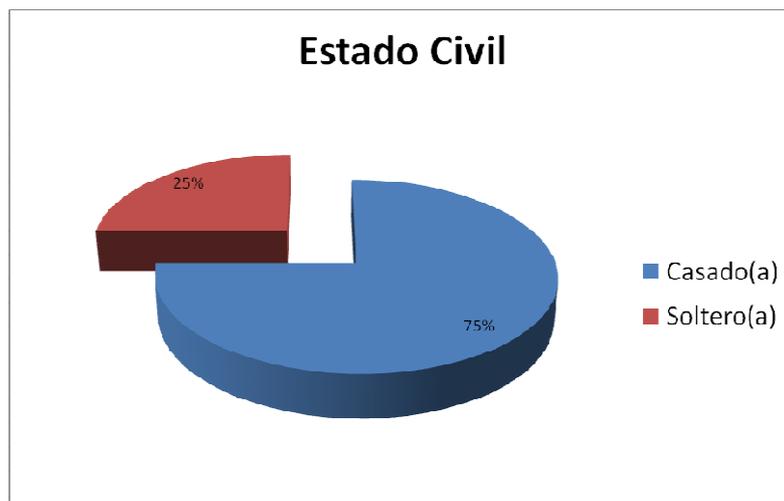
Se presentan los resultados de ocho sujetos (seis hombres y dos mujeres) que completaron el programa.

La edad de los participantes osciló entre 37 y 67 años, con una media de 50.13, seis pacientes son solteros y dos casados. La media de estancia en el programa fue de 11 meses.

Como se observa en la gráfica 1 el 75% de los participantes fueron hombres, mientras que el 25% eran mujeres. En la Gráfica 2 se presenta el estado civil se observa que el 75% son casados y el 25% solteros.



Gráfica 1.- Sexo de los participantes



Gráfica 2.- Estado Civil de los participantes

En cuanto a la escolaridad de los participantes en la gráfica 3 muestra que el 13% son analfabetas, un 38% corresponden a los sujetos con nivel académico de primaria, seguido del 13% que corresponde a secundaria y finalmente el 38% corresponde a una educación media superior.



Grafica 3.- Escolaridad de los participantes

El esquema de comparaciones incluyó un ensayo clínico n=1, cuyo propósito es examinar las réplicas individuales del efecto clínico de la intervención. Como precaución adicional se computó una prueba “t” para muestras relacionadas, a pesar de que no todas las medidas del presente estudio necesariamente cubren los supuestos para el uso de pruebas paramétricas, a esta prueba se le suele considerar rigurosa y es tradicionalmente la más empleada en estudios aún con este tipo de datos (Siegel y Castellan, 1995).

En la tabla 1 se muestran los puntajes obtenidos antes y después de la intervención que presentaron los participantes en el Inventario de Depresión, donde se observa una disminución estadísticamente significativa en seis de los ocho participantes, después de realizada la intervención cognitivo conductual. Donde para evaluar las diferencias en los puntajes obtenidos en el inventario de depresión, el análisis estadístico se realizó utilizando la prueba estadística paramétrica “t” para muestras relacionadas, que compara las condiciones pre y post tratamiento, colocando la región de rechazo en un nivel de significancia $p \geq 0.05$. Donde se observa que todos los sujetos disminuyeron los síntomas

de depresión, después del tratamiento, pero solo 6 de los 8 sujetos disminuyeron el puntaje de síntomas de depresión estadísticamente significativamente.

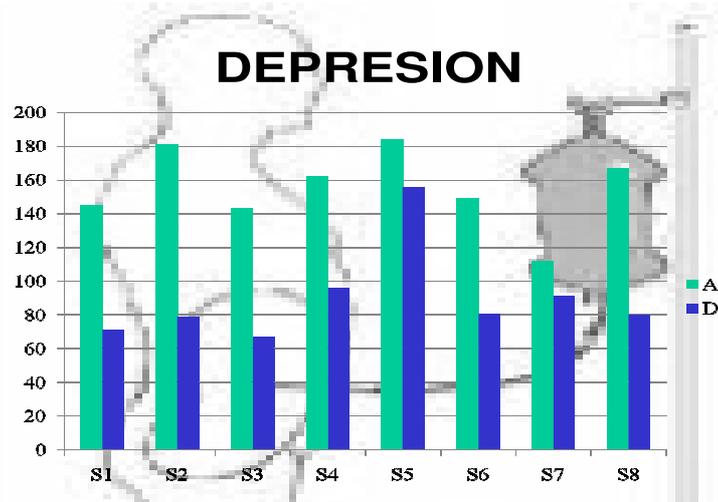
Tabla 1: Resultado de la aplicación del inventario de Depresión. ANTES y DESPUES de la intervención.

RESULTADOS DE PRUEBA t EN DEPRESION

SUJETO	ANTES	DESPUES
1	145	71*
2	181	79*
3	143	67*
4	162	96*
5	184	156
6	149	81*
7	112	91
8	167	80*

* p = 0.05

La gráfica 4 muestra la variación de puntajes en el inventario de depresión. Como puede apreciarse, existen reducciones de puntajes en los participantes al final del tratamiento.



Gráfica 4: Diferencias en puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión en el Pretes y Postest

En la tabla 2 se muestran los puntajes obtenidos antes y después de la intervención que presentaron los participantes en el Inventario de Estrés, donde se observa una disminución estadísticamente significativa en dos de los ocho participantes, después de realizada la intervención cognitivo conductual. Para evaluar las diferencias en los puntajes obtenidos en el inventario de depresión, el análisis estadístico se realizó utilizando la prueba estadística paramétrica “t” para muestras relacionadas, que compara las condiciones pre y post tratamiento, colocando la región de rechazo en un nivel de significancia $p \geq 0.05$. Se observa que todos los sujetos disminuyeron los síntomas de estrés, después del tratamiento, pero solo 2 de los 8 sujetos disminuyeron el puntaje de síntomas de estrés estadísticamente significativamente.

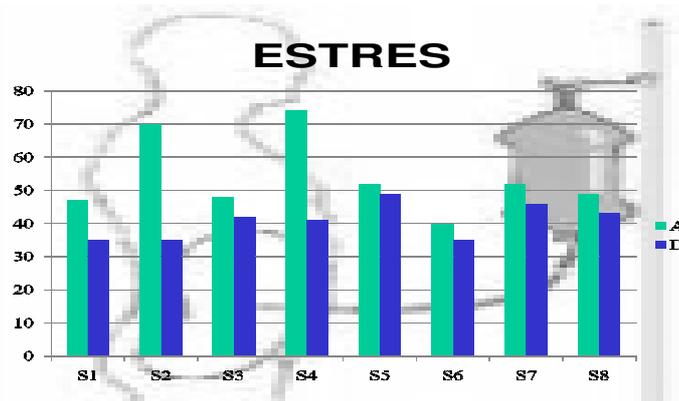
Tabla 2: Resultado de la aplicación del inventario de Estrés. ANTES y DESPUES de la intervención.

PUNTAJES ESTRES

SUJETO	ANTES	DESPUES
1	47	35
2	70	35*
3	48	42
4	74	41*
5	52	49
6	40	35
7	52	46
8	49	43

* p = 0.05

La gráfica 5 muestra la variación de puntajes en el Inventario de Estrés. Como puede apreciarse, existen reducciones de puntajes en los participantes al final del tratamiento.



Gráfica 5: Diferencias en puntuaciones obtenidas en el Inventario de Estrés en el Pretes y Postest

Los resultados vistos de manera individual indican que seis de ocho sujetos lograron cambios significativos en cuanto a depresión, mientras que solamente dos sujetos lograron cambio en percepción del estrés.

Como se observa en la tabla 3: Los resultados como grupo demostraron que el cambio en puntaje de ambos instrumentos es estadísticamente significativo, lo que implica que el programa de tratamiento reduce efectivamente los niveles de depresión ($p=0.00$) y de estrés ($p=0.024$). Donde la correlación obtenida ($r=0.681$), indican que los cambios son consistentes en los sujetos y que han sido realizados por los mismos sujetos.

Prueba t de Student para Muestras Apareadas

	Media	Desviación	t	Grados de libertad	Significancia
DEPRESION ANTES-DESPUES	65.25	27.69605	6.664	7	.000
ESTRÉS ANTES -DESPUES	13.25	13.06850	2.868	7	.024

$r= 0.681$

Tabla 3: Análisis de las medias pre y post intervención para los inventarios psicológicos de Depresión y Estrés.

DISCUSION

El presente estudio tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre depresión y estrés, en pacientes con insuficiencia renal crónica, pertenecientes a un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

En general los resultados señalan que las intervenciones instrumentadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas. En el contexto donde se realizó el estudio, los resultados son alentadores por su relevancia clínica y su probable relación costo-beneficio en este contexto. Sin embargo, tomando en cuenta que la muestra estudiada fue pequeña, aún cuando los resultados son estadísticamente significativos, los resultados no se pueden generalizar a la población con similares características.

En los datos reportados se observa que la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino, esto no permite sugerir que la incidencia de pacientes con insuficiencia renal sea mayor en el sexo masculino, sino que debido a que fue una muestra no probabilística, los participantes que pertenecían en el momento del estudio, al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente eran hombres.

La variable de estado civil que prevaleció en los participantes era en su mayoría casados y en cuanto a la escolaridad prevaleció el grado de primaria. Debido a los datos anteriores es difícil aseverar que las variables sociodemográficas y las características de la enfermedad tengan relación alguna con los síntomas de estrés y depresión que presentan pacientes con insuficiencia renal crónica. En este estudio no existe asociación entre variables demográficas como sexo, escolaridad y edad y la presencia de síntomas de depresión y estrés por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Los hallazgos del presente estudio confirman diversos hallazgos de la literatura respecto a que la intervención cognitivo conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica es efectiva para la reducción de síntomas de estrés y depresión (Cohen et al, 2007, Cukor et al 2006, Latorre, 1994).

Estudios recientes muestran que el entrenamiento en respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y la técnica de imaginación tienen efecto en la reducción de presión arterial y frecuencia cardiaca con la aplicación de la relajación muscular progresiva realizando registros antes y después de la intervención cognitivo conductual. (Benson, 1974, Dalí, 2003, Golman y Kleinman, 1975, González y Amigo, 2000, Moreno et al, 2006). Lo que se corrobora en este estudio, al obtener reducción en los síntomas de depresión y estrés, mediante el empleo de las técnicas de relajación citadas en los estudios anteriores.

Con respecto al impacto que tuvo la intervención cognitivo conductual en los niveles de depresión y estrés. En términos generales mostró efectividad para reducir los niveles de ambos problemas. En cuanto a los índices de depresión se reportaron cambios estadísticamente significativos en todos los participantes. Por las características de la muestra, aun a pesar de que los pacientes mostraron cambios importantes en la disminución de síntomas de estrés y depresión, dentro de este contexto, los datos no son generalizables a la población con características similares. Sin embargo en la variable de estrés, solo se observó en dos de ocho participantes, lo que permite suponer la necesidad de otras formas de intervención adicionales como *biofeedback*, reestructuración cognitiva o técnicas conductuales.

El estudio de los efectos del estrés en pacientes con insuficiencia renal es importante, ya que nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias y progresivas o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar el autoconcepto, el sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos (Buela-Casal, 1996). De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, es difícil ponderar la magnitud en que estos cambios se reflejarían en un impacto

económico para el sector salud, por las implicaciones de la depresión y el estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica y la falta de adherencia terapéutica.

Lo mismo se aplica al peso de las mejoras observadas en la reducción en el índice de depresión y estrés. Sin embargo se considera estos cambios son importantes e impactan en la percepción de calidad en la atención del paciente con insuficiencia renal crónica, en cualquier contexto, por lo que se considera importante investigar más detalladamente todos aquellos factores que obstaculizan el mayor bienestar que podrían tener en sus condiciones particulares los pacientes con insuficiencia renal crónica.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 definió el concepto de salud como: “El estado de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Donde al referirse a problemas a nivel psico-social, hace referencia al conjunto de problemas a nivel del área personal, familiar y social que se presentan de forma habitual cuando de da una situación de enfermedad.

El término de salud y su relación con el concepto de enfermedad se ha desarrollado, de un modelo médico, a un modelo biopsicosocial, en donde se define como un continuo, donde las características del individuo y su relación con el ambiente se consideran factores determinantes para la salud y la enfermedad como: herencia, nutrición, calidad del ambiente, acceso y calidad de los servicios de salud y el comportamiento humano. Los cuales interactúan a lo largo de la vida y determinan la preservación, pérdida y recuperación de la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Una contribución de la psicología al estudio del continuó salud-enfermedad, es el estudio de factores intrínsecos que están atrás de los comportamientos de la salud o la enfermedad.

Las principales causas de muerte en nuestro país han cambiado de enfermedades infecto-contagiosas a enfermedades crónico degenerativas, los cuales se asocian a estilos de vida propios de países industrializados (INEGI, 2006).

Durante la última década, la calidad de vida deficiente en pacientes con enfermedades crónico degenerativas ha sido una línea de investigación dentro de la Medicina Conductual, para favorecer junto con el tratamiento médico la baja adherencia terapéutica a los tratamientos médicos, lo cual es un problema importante en la atención a la salud en la población mexicana que padece una enfermedad crónico degenerativa, teniendo como objetivo principal determinadas características de la población afectada, el establecimiento

de acciones encaminadas a la prevención y cambio de estilo de vida, que facilitan el desarrollo enfermedades crónico degenerativas.

La psicología Clínica inicia con un modelo de actuación profesional centrado en la enfermedad, más que en la salud, enfocado hacia el individuo más que a la comunidad. La psicología de la Salud es una rama de la psicología ocupada de la prevención de la salud en un contexto psicológico. Matarazzo (1980) utiliza el término de medicina conductual para referirse al amplio campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica que se interesa en la salud, la enfermedad y disfunciones psicológicas relacionadas. La define como el agregado de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción de la salud, la prevención y tratamiento en las enfermedades y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas.

El término de Medicina Conductual se usó por primera vez en el libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* escrito por Birk (1973), donde se le consideró como sinónimo y complemento del Biofeedback, para manejar problemas como: asma epilepsia, cefaleas, migrañas y la enfermedad de Reynaud. La Medicina Conductual se constituye formalmente en la “Conferencia sobre Medicina Conductual”, realizada en la Universidad de Yale en 1977. Donde se define que sus principales estrategias empleadas, para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud, son las estrategias Cognitivo Conductuales (Reynoso y Seligson, 2005).

Schwartz y Weiss (1978) definen la Medicina Conductual como: “El campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductual, en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos, así como la validación de éstos programas en problemas de salud” (p.250).

La Medicina Conductual es el campo multidisciplinario que se ocupa de la conducta y los aspectos sociales de las condiciones médicas. Los pacientes y los profesionales de la salud están involucrados en la investigación en medicina del comportamiento y la práctica médica de diferentes especialidades. Mediante la promoción de cambios en el comportamiento y el

estilo de vida para mejorar la salud, prevenir enfermedades y reducir síntomas de la enfermedad, por medio de intervenciones conductuales, se puede mejorar la eficiencia de las intervenciones médicas, ayudando a reducir el uso excesivo del sistema de salud. Tiene como principal área de interés la investigación e intervención en: ansiedad, Artritis, Asma, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Depresión, Dolor relacionado a la enfermedad, Desordenes alimenticios, Salud Mental Ambiental, Insomnio, Salud Pública, Enfermedades pulmonares, Calidad de vida, Rehabilitación, Enfermedades de transmisión sexual, Apoyo social, Medicina del deporte, abuso de sustancias y salud en la mujer (Society of Behavioral Medicine SBM, 2009).

La Medicina Conductual, mediante la observación y evaluación de las implicaciones del dolor en los aspectos psicológicos de quien lo padece, ha diseñado intervenciones dirigidas a promover en el paciente el ajuste a la enfermedad crónica. Hainline (2005) señala que el tratamiento debe ser individualizado considerando las características físicas del dolor y la adaptación psicosocial del paciente.

El crecimiento exponencial de la Medicina Conductual da como resultado la creación de el Journal of Behavioral Medicine, la Academia de Investigación en Medicina Conductual y la Society of Behavioral Medicine (Reynoso y Seligson, 2005).

La Medicina Conductual aborda problemas de salud crónicas, empleando estrategias de enfrentamiento, para que el paciente aprenda a mejorar ante una situación de pérdida de salud, con el objetivo principal de el mejoramiento de la calidad de vida.

Se han desarrollado diversas temáticas como: manejo del estrés, detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida, prevención de algunas enfermedades crónico degenerativas, manejo de estrategias de enfrentamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida, manejo de depresión, ansiedad, miedo y déficits en habilidades sociales concomitante a una enfermedad, manejo del paciente para favorecer la adherencia terapéutica, empleo de retroalimentación biológica para el control de síntomas físicos y rehabilitación mediante el establecimiento de conductas alternativas.

La Universidad Nacional Autónoma de México en la Maestría en Psicología, en su Programa de Residencia de Medicina Conductual tiene como objetivo principal desarrollar capacidades para el ejercicio psicológico profesional especializado en el área de la salud, con un enfoque cognitivo conductual, desde una perspectiva multidisciplinaria.

La Medicina Conductual es una herramienta para incrementar el bienestar social, donde se considera a las personas como actores activos de las acciones de salud. El programa de Medicina Conductual tiene como finalidad que el alumno desarrolle sus competencias en un entrenamiento práctico de supervisión clínica, durante cuatro semestres fui asignada a una sede clínica, que a continuación se describe.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

SEDE CLÍNICA: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR: SALVADOR GONZÁLEZ-HERRERÓN-DAIMLER CHYSLER”:

El Hospital General de Atizapán es una institución de segundo nivel de atención. Se encuentra ubicado en el Estado de México, al norte del Distrito Federal y al noroeste de la ciudad de Toluca, en el municipio de Atizapán de Zaragoza. Se localiza en la avenida Adolfo López Mateos esquina con avenida Montesol, en la colonia Potrero. Se inauguró el 27 de abril de 1987, con financiamiento de la empresa Chrysler de México, La Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocaburi de Italia y los gobiernos de los países bajos.

El objetivo del nosocomio es brindar atención médica a la población de escasos recursos económicos, que habitan en zonas marginadas y que no cuentan con filiación a ningún servicio de salud. La atención médica comprende cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Pediatría, con subespecialidades en los servicios de consulta externa y hospitalización como: Anestesia, Cirugía Maxilofacial,

Estomatología, Medicina Preventiva, Ortopedia, Oftalmología, Patología, Psicología, Psiquiatría y Urología.

En el servicio de Medicina Interna realicé los dos años de la Residencia en Medicina Conductual. El servicio está conformado por 33 camas, dos Unidades de Diálisis Peritoneal constituidas con cinco camas, una habitación para pacientes que requieren aislamiento, una unidad de terapia intermedia y una Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto a Recursos Humanos cuenta con cinco médicos de base, un Psicólogo de base, cuatro residentes de Medicina Interna, tres Residentes de Medicina Conductual, seis pasantes de enfermería y un prestador de servicio social de psicología.

AUTORIDADES

En la división de Medicina Interna, área donde se desarrollaron las actividades, la autoridad principal es la jefa de la División de Medicina Interna: Dra. María Antonieta Calderón Márquez, quien supervisa que las necesidades psicológicas de los pacientes sean cubiertas y la supervisora In Situ: Psic. María Arellí Fernández Uribe (Ver fig.1). El primer año de la residencia se conto con un supervisor académico, la Mtra. Bertha Molina Zepeda y el segundo año con el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y a lo lago de los dos años de la residencia me fue asignado un Tutor Académico de quien depende nuestra formación a lo largo de toda la residencia: Dra Isabel Reyes Lagunes.



Fig 1. Organigrama del Servicio de Medicina Interna

UBICACIÓN DEL RESIDENTE

Durante los cuatro semestres de Residencia hospitalaria, se me asignó al Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán, en el servicio de Medicina Interna. Durante el primer año me encontré bajo la supervisión de un Residente de segundo año de Medicina Conductual y el segundo año, nos encontramos asignados tres residentes de Medicina Conductual, un R2 y dos R1. La supervisora In situ, organizaba la asignación de pacientes y áreas de atención.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO

Desde el inicio de la rotación hospitalaria los residentes de segundo año de Medicina Conductual me indicaron los espacios y programas a desarrollar claramente definidos y estructurados por residentes anteriores de la Maestría. Los cuales eran vigentes y necesarios para el desarrollo de la residencia de Medicina Conductual.

En un inicio se me capacitó para el manejo del formato SOAP, en la realización de notas psicológicas en el expediente médico, lo que permitía la unificación de criterios de comunicación con el equipo médico. El servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán cuenta con personal con amplio conocimiento y reconocimiento del quehacer profesional del Residente de Medicina Conductual, impulsado principalmente por el Jefe de Servicio y la Supervisora In Situ.

ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS DIARIAS

1.-VISITA HOSPITALARIA: Se realizaba visita médica diariamente de 7 a 9 am, con el equipo interdisciplinario del servicio de Medicina Interna: Médico adscritos, residentes médicos de Medicina Interna, residentes de Medicina Conductual y estudiantes de medicina.

Durante el pase de vista eran referidos pacientes a los residentes de medicina conductual, que el médico adscrito o el residente médico consideraba con requerimientos para una intervención psicológica por el servicio de Medicina Conductual.

2.- CONSULTA EXTERNA: Dentro del hospital se cuenta con un consultorio disponible los días martes y jueves de 8:00am a 2:00pm, disponible para los residentes de Medicina Conductual donde se atienden pacientes de primera vez o referidos por la consulta externa del servicio de Medicina Interna o se da seguimiento a pacientes y familiares captados en el área de hospitalización.

Las actividades diarias con mayor frecuencia consistían en la preparación psicológica para procedimientos médicos invasivos, intervención en crisis, psicoeducación e intervención psicológica en enfermedades crónico degenerativas que se presentaban con mayor frecuencia en el servicio: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal, Cardiopatías y Accidente vascular cerebral, donde la intervención psicológica en la mayoría de los casos se encaminó a la detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida, tratamiento para favorecer la adherencia terapéutica, manejo de estrés, depresión, ansiedad, miedo, comunicación de malas noticias, déficit de habilidades sociales coexistentes a las enfermedades médicas, las intervenciones se realizaban con técnicas Cognitivo Conductuales (Ver Tabla 4.).

3.-INTERCONSULTA: Se realizaban interconsultas a otros servicios del hospital a pacientes hospitalizados que requerían de atención psicológica, referidos por el médico tratante. Se acudía al piso solicitado, realizando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base

en la modalidad de intervención cognitivo conductual y se realizaba la nota clínica en el expediente médico.

4.-ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Dentro del Servicio de Medicina Interna desde el inicio de la rotación, es importante prepararse y conocer el protocolo, para realizar evaluaciones e intervenciones con pacientes con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica, debido a que el servicio cuenta con un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente, en el que el residente de Medicina Conductual realiza una valoración psicológica, para el ingreso del paciente al programa, cuando el médico tratante determina que es candidato al tratamiento sustitutivo de la función renal.

A los pacientes con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal y a sus familiares se les brinda psicoeducación de la enfermedad y los tratamientos existentes, así como intervención psicológica, aun cuando no pertenezcan al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente del hospital, como norma del servicio de Medicina Interna.

5.- SUPERVISIÓN ACADÉMICA: Al inicio de la residencia, se nos asignado un tutor académico, el cual superviso y dirigió nuestra formación a lo largo de los cinco semestres de residencia. Durante el primer año de la residencia se recibió supervisión académica de la Mtra. Bertha Molina Zepeda, los días jueves a las 13:00hrs, donde se realizaba revisión de casos clínicos y sesiones bibliográficas. En el segundo año nos fue asignado el Mtro. Leonardo Reynoso-Erazo, que nos brindó supervisión los miércoles de 8 a 9:30 am, recibiendo asesoría metodológica de los protocolos desarrollados durante la residencia, de trabajos presentados en congresos, sesiones bibliográficas.

6.-ASISTENCIA A SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL: Los días martes de 8 a 9:30 am, se asistía a las sesiones generales del hospital, esta actividad es coordinada por el Servicio de Enseñanza e Investigación, sobre temas médicos y psicológicos de relevancia.

Horario / Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00 – 8:00	Visita a Piso	Visita a Piso	Visita a Piso	Visita a Piso	Visita a Piso
8:00 – 9:00		Sesión General	Supervisión Académica		
9:00 – 10:00	Intervención Psicológica	Consulta Externa	Intervención Psicológica	Consulta externa	Intervención Psicológica
10:00 – 11:00					
11:00 – 12:00					
12:00 – 13:00					
13:00 – 14:00				Supervisión Académica	

Tabla 4. Cronograma de Actividades

ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA RESIDENCIA

Durante los dos años como residente del Programa de Medicina Conductual se realizaron 764 intervenciones en pacientes que acudieron al Hospital General de Atizapán, generalmente la atención psicológica se enfocaba a población adulta, sin embargo se dio atención desde 7 a 84 años con una media de 34.59, donde el 32% eran analfabetas, el 14% tenían primaria incompleta, el 18% contaban con primaria completa, el 19% con secundaria o carrera técnica y el 6% con licenciatura (Ver gráfico 6).

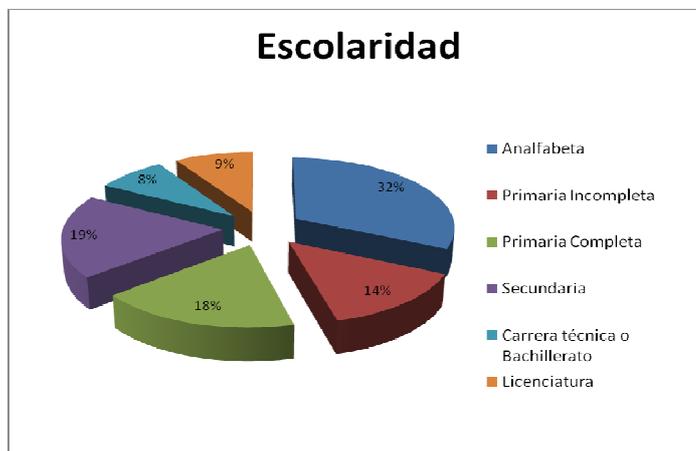
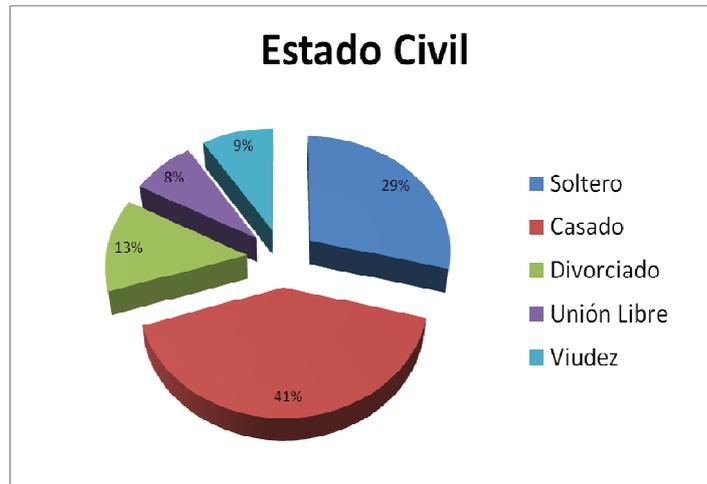


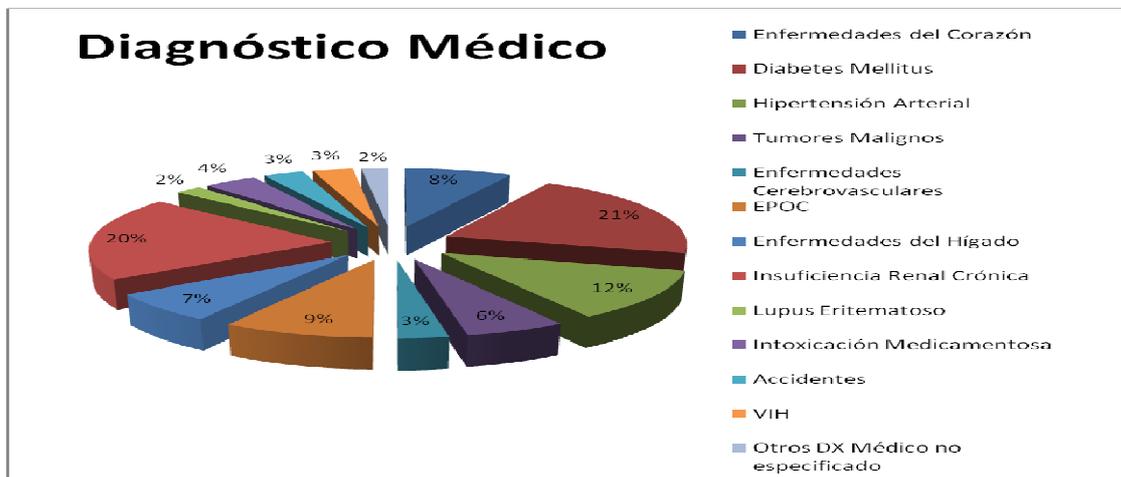
Gráfico 6. Distribución de los pacientes atendidos por escolaridad.

La población atendida era en un 42% casada, el 29% soltera, 13% divorciada, el 8% vivía en unión libre y el 9% era viuda (Ver gráfico 7).



Gráfica 7: Estado civil de pacientes atendidos

En relación al diagnóstico médico que presentaron los pacientes el 21% padecía Diabetes Mellitus, el 18% Insuficiencia Renal Crónica, el 12% Hipertensión Arterial, el 8% Enfermedades del Corazón, un 6% Tumores malignos, el 8% Enfermedad Obstructiva Crónica, un 5% Enfermedades del Hígado, el 4% presentó Intoxicación medicamentosa, un 3% VIH, accidentes y enfermedades Cerebro Vascular, el 2% Lupus Eritematoso y un 7% con otro diagnóstico médico no especificado (Ver gráfico 8).



Gráfica 8: Pacientes atendidos distribuidos por diagnóstico médico.

Los trastornos psicológicos y disfunciones, no se reportan en forma cuantitativa debido a que se presentan en forma concomitante a la enfermedad médica, siendo las más frecuentes:

- Trastorno Depresivo Mayor.
- Trastorno del estado de ánimo no especificado.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Crisis de Angustia.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.
- Trastorno adaptativo de ansiedad.
- Problemas paterno filiales
- Problemas conyugales.
- Abuso sexual
- Déficit en la adherencia terapéutica

ACTIVIDADES DE ACADEMICAS

Durante el primer año se desarrolló el protocolo: "Efectos de una intervención Cognitivo Conductual para el manejo del estrés en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente" y una investigación exploratoria titulada "Evaluación de la percepción de calidad de atención en pacientes que asisten al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente", durante el segundo año.

OTRAS ACTIVIDADES: Como residente de Medicina Conductual, asistí como potente invitado a los cursos, que a continuación se enlistan:

1.-HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN: Participación como ponente en la sesión general "Manejo de emociones", que se llevó a cabo en el auditorio del hospital, el 11 de Septiembre del 2007.

2.-HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN: "Jornadas Médicas y XX aniversario el Hospital". Presentación en modalidad de cartel:"Evaluación de la percepción de la calidad de atención en pacientes que asisten al Programa de Diálisis Peritoneal

Intermitente”. Obteniendo el Primer Lugar la modalidad de trabajos libres. Realizado del 22 al 25 de Mayo del 2007.

3.-HOSPITAL REGIONAL TULA TEPEJI: I Curso-Taller: “Enfermedad Renal y sus alternativas de tratamiento con los temas: “El estrés en el cuidador primario del paciente con Insuficiencia Renal Crónica” y “Manejo de emociones en el personal de salud”. Llevado a cabo el 30 de Marzo del 2007.

4.-HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN: “Efectos de una intervención Cognitivo Conductual para el manejo del estrés en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente”. Presentado en sesión general del hospital el 29 de Mayo del 2007.

5.- HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO: Curso-Taller: “Diálisis y Hemodiálisis”, con los temas: “El estrés en cuidadores primarios del paciente con Insuficiencia Renal Crónica” y “Manejo de emociones en el personal de salud”. Llevado a cabo el 06 de Julio del 2007.

6.-CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA: Presentación del protocolo “Efectos de una intervención Cognitivo Conductual para el manejo del estrés en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente” y en modalidad cartel “Evaluación de la percepción de la calidad de atención en pacientes que asisten al Programa de diálisis Peritoneal Intermitente”. Realizado en Hermosillo-Sonora, México del 23 al 25 de Octubre del 2007.

7.-XXX CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA: con el cartel: “Evaluación de la percepción de la calidad de atención en pacientes que asisten al Programa de diálisis Peritoneal Intermitente”. Llenado a cabo el del 16 al 18 de Noviembre del 2007.

CURSOS COMO ASISTENTE:

1.-INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: "Medicina Interna". Del 05 al 09 de Junio del 2006.

2.-HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO: "Nutrición en Enfermedades Renales". Del 17 al 19 de Mayo del 2006.

COMPETENCIAS ALCANZADAS

Como resultado del trabajo continuo en la sede hospitalaria, durante un periodo de dos años, las competencias más relevantes alcanzadas son:

- Comprensión de los conocimientos sobre enfermedades crónico-degenerativas a nivel operacional, para ser explicado a los pacientes y familiares.
- Desarrollo de habilidad para la entrevista clínica como el establecimiento de componentes de relación y empatía.
- Desarrollo de habilidades para la detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida, así como proposición de alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir las complicaciones orgánicas o disminuir si ya están presentes.
- Habilidades para el entrenamiento de las técnicas de: asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, enfrentamiento, manejo de estrés, ansiedad y depresión y otras técnicas cognitivo conductuales.
- Orientación y entrenamiento a familiares de los enfermos en estrategias de enfrentamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y mantener la calidad de vida, tanto del paciente como de los miembros de la familia.
- Manejo de pacientes y familiares en crisis, en procesos como enfermedad terminal y muerte
- Capacidad para trabajar en equipo multidisciplinario e identificación de limitaciones y profesionales.
- Habilidad para integrar conceptos teóricos, enfoques metodológicos y estadísticos empleados en la práctica profesional.

A lo largo de la residencia se cumplen los objetivos que se plantean en el Programa de Maestría en Psicología para el residente de Medicina Conductual.

EVALUACIÓN DE SEDE, SUPERVISION Y ACTIVIDADES:

La asignación a una sede hospitalaria de segundo nivel con las características de Hospital General de Atizapán facilitó el desarrollo de los objetivos planteados por el programa. Las generaciones de Residentes de Medicina Conductual que transitaron anteriormente por esta sede, sensibilizaron y promovieron el trabajo que realiza el residente de Medicina Conductual, entre el personal del hospital, por lo que todo el personal, en especial el jefe de servicio, médicos adscritos, residentes médicos, enfermeras y la supervisora In Situ, reconocen e impulsan el trabajo de los residentes de Medicina Conductual. En particular es una sede que cuenta con un consultorio en el área de consulta externa, especialmente asignado para los Residentes de Medicina Conductual, dos días a la semana, lo que ofrece condiciones óptimas para las intervenciones psicológicas.

En cuanto a las actividades académicas y las realizadas diariamente en la sede hospitalaria, son adecuadas para desarrollar las habilidades planteadas por el programa: en especial el segundo y tercer semestre se trabaja bajo estrés continuo por la carga académica, además del tiempo asignado a la sede hospitalaria, a pesar de ser cansado físicamente, son los momentos donde se obtiene el mayor aprendizaje, por que se nos permite implementar los conocimientos adquiridos a lo largo de la residencia.

APENDICE I**HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

CASO CLÍNICO**I. Ficha de identificación.**

Nombre: Ricardo

Edad: 25 años

Sexo: Masculino

Estado civil: casado

Religión: católica

Escolaridad: Preparatoria Trunca

Ocupación: Chofer de transporte público.

Lugar de nacimiento: Edo de México

Lugar de residencia: Atizapán de Zaragoza, Edo de México

Número de hijos: 1

Número de hermanos: 5

Posición que ocupa: 4/5

Diagnóstico médico: Insuficiencia Renal Crónica.

II. Motivo de consulta.

El paciente es referido a consulta externa de Psicología, por el médico tratante del Servicio de Medicina Interna, por no aceptar el tratamiento de sustitución renal y su integración al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

III. Impresión y actitud general.

Paciente masculino con edad aparente igual a la cronológica, de complexión media, se presenta puntual a las citas, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se muestra interesado y participativo durante la entrevista. En las primeras dos entrevistas llega acompañado de su esposa y en las citas subsecuentes llegó solo.

IV. Antecedentes de importancia:

Ricardo es el cuarto de cinco hijos, no conoce algún problema médico relevante, en cuanto a su desarrollo intrauterino y posnatal. Refiere haber padecido, enfermedades propias de la infancia. Comenta que durante el periodo de la infancia, se percibe como amigable y con adecuadas estrategias para tratar a la gente. Reporta tener amigos, facilidad para establecer relaciones cercanas, así como facilidad para buscar el contacto con otras personas. Durante su adolescencia, menciona que una gran cantidad de fines de semana asistió a reuniones sociales, donde la mayoría de las veces llegaba a la embriaguez. Lo que le genera problemas familiares y escolares, presentando continuamente dificultades en su rendimiento escolar en la preparatoria, reportes e inasistencia y bajas calificaciones, por lo decide abandonar los estudios.

Inicia su historia laboral a los 18 años, “como castigo, por abandonar la escuela” (sic paciente). Comienza a trabajar en diferentes oficios, actualmente labora como chofer de un taxi.

Menciona haber tenido cuatro parejas sexuales, antes de su actual esposa, con la que refiere tener una vida sexual satisfactoria.

Ricardo reporta que su relación con sus padres y hermanos es buena. Su padre actualmente es pensionado del IMSS y su madre es ama de casa. Comenta que en su familia no han existido enfermedades de importancia hasta hace cuatro años a su madre, le fue diagnosticada Diabetes Mellitus Tipo II.

El paciente es casado desde hace 7 años, tiene un hijo de seis años, la relación con su hijo y su esposa es buena, percibe adecuado apoyo por parte de ellos ante la enfermedad, trata de mantener una buena relación con ellos a pesar de su enfermedad: “La comida que ellos comen se me antoja y me causa mucho enojo, no poder comer lo que me gusta y esto provoca problemas” (sic paciente). Reporta que actualmente discute frecuentemente con su esposa por su enfermedad y la no aceptación del tratamiento.

Se realizó una entrevista con su esposa a petición de ella, quién comentó que el paciente es muy demandante, intolerante y la culpa de ser responsable de su enfermedad, por no haber cuidado su alimentación desde el inicio de su relación.

V. Historia Médico Psiquiátrica.

El paciente refiere un desarrollo normal, no recuerda antecedentes patológicos importantes, menciona enfermedades propias de la infancia. Ricardo inicia su problema de Insuficiencia Renal Crónica a próximamente un año, iniciando con un cuadro de fatiga crónica y alteraciones metabólicas, registrando elevaciones importantes en la presión arterial, anemia, vómitos. A partir de esta fecha se somete a un control estricto de dieta renal y medicamentos.

VI. Padecimiento Actual.

Inicia su padecimiento actual hace un año, con un cuadro caracterizado por náuseas, vómito, astenia, adinamia, acompañado de cefalea tipo pulsátil de predominio frontal. Es llevado al servicio Urgencias del Hospital General de Atizapán, donde presenta Crisis convulsivas tónico clónicas. Es valorado por el Servicio de Medicina Interna, en el área de hospitalización y se le diagnostica HAS e Insuficiencia Renal Crónica.

Durante su última consulta de control, hace un mes, el médico tratante, le plantea que es necesario, el inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal, que con anterioridad se le había explicado que llegaría a requerir. El cual el paciente se niega a recibir, “me siento mal, pero sé que me puedo controlar con dieta y medicamentos, no necesito la diálisis” (sic paciente).

Ante la situación de colocación de catéter peritoneal, refiere sentirse triste y enojado. Reporta que se ha alejado de sus amigos y hermanos, ha disminuido sus horas de trabajo y permanece dormido gran parte del día. Esto se ha agudizado en la última semana.

VII. Examen Mental.

El paciente se muestra cooperador, interesado y atento durante las sesiones. Se observan adecuados hábitos de higiene y aliño. Con edad aparente a la cronológica. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Con adecuados procesos de atención y concentración, no presenta alteraciones de memoria, su lenguaje es congruente y coherente, niega presencia de alteraciones senso-perceptuales y el contenido de su discurso y pensamiento, se centra en su enfermedad y tratamiento médico. El tono afectivo

es congruente en relación al discurso. Su lenguaje no verbal, es consistente con el verbal. No presenta alteraciones de pensamiento. Adecuada capacidad de juicio y respuesta psicomotoras adecuadas, lo mismo que su periodo de latencia impresiona con una capacidad intelectual promedio. Presenta sentido de realidad y habilidades de introspección. El paciente define su estado de ánimo como ansioso, enojado, se observan rasgos depresivos inferidos del contenido de pensamiento.

VIII. Conceptualización cognitivo conductual.

<p>Evento Activador A</p>	<p>Pensamientos Automáticos B</p>	<p>Consecuencia C</p>
<p>Médico le plantea la colocación de catéter peritoneal.</p> <p>Acudir a su cita mensualmente</p> <p>Comer alimentos bajos en sodio y proteínas</p>	<p>Yo estoy bien, no me puede pasar esto a mí.</p> <p>No necesito él catéter me puedo controlar con dieta y medicamento</p> <p>Me voy a morir y no volveré a ver a mi hijo</p> <p>Me voy a curar, seguramente el médico se equivoco de diagnostico</p> <p>Y si no regresara a consulta y siguiera mi vida como antes</p> <p>La colocación de catéter no es necesaria.</p> <p>Maldita suerte si mi esposa me hubiera</p>	<p>Miedo Tristeza Enojo Ansiedad Agresividad</p> <p>FISIOLOGICAS.</p> <p>Sudoración de rostro Taquicardia Llanto fácil</p> <p>Conductuales: Agresión corporal dirigida a su esposa. Reclamos verbales Comer en exceso proteínas Tomar refresco y cerveza</p>

<p>Salir a trabajar y sentirme agotado casi inmediatamente</p>	<p>cuidado mi alimentación desde que nos casamos esto no me estaría pasando. Es por el sol, si descanso me recupero Las medicinas me perjudican</p>	
--	---	--

Creencias:

Es más fácil evitar las responsabilidades que hacerles frente.

Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quién confiar

Todo debe ser como yo quiero

Lo que ocurrió en el pasado, me afectara siempre.

Es una necesidad extrema, para el ser humano ser amado y aprobado por las personas significativas de mí entorno.

IX. Evaluación Multiaxial, DSM-IV-TR.

Eje I. Trastornos clínicos: (309.289 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

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

Eje III. Enfermedades médicas: Insuficiencia Renal Crónica.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: relativos a la interacción con la pareja y el hijo.
- Problemas relativos al ambiente social: Problemas de salud en la familia: madre diabética y con el grupo primaria de apoyo, relativo a la interacción con la pareja.
- Problemas laborales: bajo rendimiento laboral.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 60, síntomas moderados: ansiedad e irritabilidad ocasional y dificultad en la actividad social y laboral.

IX. Estrategias terapéuticas.

1. Contención emocional: control de ansiedad y manejo de emociones de predominio depresivo, ante el diagnóstico médico.
2. Análisis de situación y apoyo de toma de decisiones en base a sus recursos: Balance decisional.
3. Psicoeducación sobre enfermedad médica y tratamiento.
4. Entrenamiento en técnica de solución de problemas y autoinstrucciones.
5. Entrenamiento en técnicas de relajación: Relajación por respiración profunda (RRP) y Relajación muscular progresiva (RMP).
6. Reestructuración cognitiva.
7. Educación racional: diálogo socrático, debate empírico, información y ejemplificación.

X. Tratamiento:

- a. Debate de creencias centrales
- b. Modificación de creencias de justicia y culpa.
- c. Identificación y debate de esquemas.
- d. Balance decisional a corto plazo, para la colocación de catéter. El que se coloca durante las sesiones de intervención psicológica. Se maneja el paciente como miembro del Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente del Hospital.

**HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

CASO CLÍNICO

I. Ficha de identificación.

Nombre: Adelina

Edad: 37 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Religión: cristiana

Escolaridad: secundaria.

Ocupación: Ama de casa.

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de residencia: Villa de Carbón, Edo de México.

Número de hijos: 2 (19 y 17 años).

II. Motivo de consulta.

La paciente es referida por el médico adscrito del Servicio de Medicina Interna, por presentar llanto fácil, ansiedad, insomnio, irritabilidad y labilidad emocional. Durante su hospitalización. Dado que la paciente se encuentra hospitalizada, se acudió a su cama para realizar la entrevista inicial y mencionarle que el servicio se cuenta con atención psicológica para pacientes hospitalizados. La paciente se encontró con facies de predominio depresivo, muestra llanto fácil al hablar de situaciones relacionadas con su enfermedad médica actual.

III. Impresión y actitud general.

Paciente de edad igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Complexión media, estatura media, tez morena. Se muestra cooperadora, atenta y abierta. Mantiene contacto visual en todo momento. Durante la primera sesión se muestra inquieta,

mueve las manos continuamente, se le observa tensa (contracción muscular) y agitada (su respiración es corta y rápida).

IV. Antecedentes.

Adelina es la tercera de cuatro hermanos, si infancia la refiere como “difícil”, ya que su madre falleció, cuando ella tenía 10 años y su padre se tuvo que hacer cargo de los cuatro hijos en su totalidad. Menciona que desde los diez años se ha hecho cargo de su hermana menor. Recuerda que en casa existieron carencias económicas, su padre trabajaba en la albañilería, “por lo que no ganaba más que para darles de comer a sus hijos”.

La paciente se percibe como amigable durante la infancia.

Historia escolar

Reporta que no presento dificultades en su desempeño escolar en la primaria o secundaria. Su desempeño escolar fue satisfactorio con buenas calificaciones hasta concluir la secundaria. Deja los estudios debido a que su padre se apoya en ella para el cuidado de sus hermanos, de la casa y que trabaje para apoyarlo económicamente.

Historia social.

La paciente se percibe como “amigable”, durante su infancia. Su adolescencia la recuerda como solitaria y triste. La califica como “la etapa más dura de su vida” (sic paciente). Refiere que su adolescencia, fue la época más solitaria e introvertida de su vida.

Historia sexual

A los 15 años tuvo su primer y único novio, con el cual inicia su vida sexual a los 16 años, quedando embarazada a los 17 años. Ha sido su única pareja sexual. Actualmente refiere tener dos hijos de esta relación: una joven de 19 años y un joven de 17 años. Reporta que su matrimonio, ha sido “difícil”, porque su esposo no tiene un empleo fijo, trabaja como obrero o albañil y constantemente llega a casa en estado de ebriedad, por lo que la situación económica es difícil frecuentemente.

A lo largo de su historia matrimonial, lo describe como agresivo, menciona que han existido dos separaciones, la primera cuando nació su segundo hijo, porque su esposo la golpeo por causas económicas, durando la separación tres semanas. La segunda se dio hace dos años, por la manera de beber tan frecuente de su esposo. Comenta al respecto “Me di

cuenta que estaba sola, que no podía mantener sola a mis hijos que no se trabajar en nada y que tengo que aguantar mi matrimonio” (sic paciente).

Historia de salud

Menciona que no presenta antecedentes familiares hereditarios, de enfermedades físicas ni mentales de importancia. Se recuerda como una persona sana, aunque padeció enfermedades típicas de la infancia: varicela.

Durante la desarrollo de su segundo embarazo, presento complicaciones de presión arterial alta al final del tercer trimestre, secundaria a un cuadro de preclamsia.

En el 2006 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 Trastorno de ansiedad generalizado (alprazolama 2 mgs 0-01-0 y Alzam, tab. de 0.25 mg. 0-01-1). Meses después, reporta que vuelven a cambiarle el medicamento (75 mgs. Trofanil).

Padecimiento Actual

Ingresa al piso de hospitalización del Servicio de Medicina Interna por padecer anemia hemolítica, fotosensibilidad, úlceras orales y anorexia. Iniciando el padecimiento desde hace un año, manifestándose con una adinamia frecuente, lo que incrementa el trastorno de ansiedad generalizada. La paciente se percibe como” inútil, enferma y con miedo a morir” (sic. Paciente), lo que genera en ella tristeza, ansiedad y frustración.

Refiere síntomas como labilidad emocional, con tendencia a la depresión, narra momentos de angustia intensa, caracterizados por hiperventilación cambios en la temperatura corporal y sentimientos de desesperación, insomnio, dificultades para tomar decisiones, apatía y anhedonia.

Adelina reporta que se ha alejado de su familia y en casa, ha disminuido su capacidad de rendimiento en las labores domesticas, además de haber perdido el interés en las actividades caseras que antes le agradaban. Esto se ha agudizado desde hace dos meses.

V. Examen mental.

Paciente de edad aparente a la cronológica. La paciente se muestra cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Acostumbra tener adecuados hábitos adecuados de higiene y aliño. Se encuentra consciente, 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. El contenido de su discurso y pensamientos se centra en los síntomas de su enfermedad y su relación de pareja. Se observa una adecuada capacidad de juicio y sin alteraciones senso-perceptuales. Presenta sentido de realidad y habilidades de introspección. Al parecer adecuadas capacidades intelectuales. En cuanto al estado de ánimo es de predominio depresivo, presentando llanto fácil y se observa adecuación de las respuestas emocionales al contexto en que se encuentra. No presenta alteraciones motoras. Impresiona con una capacidad intelectual promedio con predominio de pensamientos concretos. Se encuentra inquieta, se observaban movimientos continuos en manos y tensión muscular, menciona sentirse nerviosa e intranquila.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial.

<p style="text-align: center;">A Activador</p>	<p style="text-align: center;">P Pensamiento 1</p>	<p style="text-align: center;">C Consecuencia 3</p>
<p>a.-Me despierta el dolor en el cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto observación (centrada en aspectos negativos). ▪ No puedo hacer nada. ▪ No le importo a nadie. ▪ Mi esposo no me apoya, deja que me humillen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión (dura). ▪ Dolor de estómago ▪ Irritabilidad (grito, me molesto por cualquier cosa). ▪ Llanto ▪ Dolor de cabeza. ▪ Taquicardia (me late el corazón más rápido y fuerte). ▪ Aumento en la temperatura corporal (cabeza caliente y cara roja) ▪ Tristeza ▪ Miedo

<p>b.-De noche no duerme, despierta constantemente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mi esposo no me quiere. ▪ Soy mala para todo ▪ Pienso que algo muy malo me llevara a la muerte ▪ No puedo hacer nada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respiración agitada (respiro rápido). ▪ Tensión muscular (se me pone el cuerpo duro, me siento dura). ▪ Gastritis (dolor y ardor de estómago). ▪ Ansiedad ▪ Miedo ▪ Dolor de cabeza
<p>c.- Entrega de resultados de estudios ambulatorios anteriores a la hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son desfavorables y me voy a morir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersomnias ▪ Ansiedad ▪ Irritabilidad ▪ Desesperación ▪ Respiración agitada (respiro rápido). ▪ Tensión muscular (se me pone el cuerpo duro, me siento dura).
<p>d.-Dolor de rodillas, caídas de pelo y falta de apetito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me voy a morir y no puedo hacer nada. ▪ Mi marido no será un buen padre para mis hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritabilidad ▪ Tristeza ▪ Sensación de dolor corporal ▪ Sudoración en las manos ▪ Dolor de cabeza ▪ Taquicardia ▪ Llanto ▪ Evitación o alejamiento de familiares y amigos

Se observan capacidades de autoobservación, 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, no le importo a nadie y no puedo hacer nada, que la conducen a reaccionar como lo hace. Se identifican

creencias centrales: Tengo que ser amada y aceptada por la gente que sea importante para mí. Y las personas y las cosas deben ser como yo espero de lo contrario es horrible y no lo puedo soportar. Sus esquemas son de abandono-inestabilidad, privación emocional, desamparo, inseguridad, subyugación, autosacrificio y autoevaluación. Éstas se relacionan con los antecedentes que se observan en la paciente en el área familiar, antecedentes en el área escolar, déficit en relaciones sociales y actuales padecimientos médicos. Identificando así estrategias enfrentamiento dirigidas a la emoción, 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: Lupus Eritematoso Sistémico.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abuso físico por parte de su esposo, conflicto con pareja.
- Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado. No tiene amigos.
- Problemas laborales: dificultades para realizar sus labores domesticas
- Problemas de vivienda: ninguno.

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.
- Se identificaron 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 realizó entrenamiento en relajación progresiva para continuar con el control y manejo de síntomas de ansiedad.
- Educación racional: diálogo socrático, debate empírico, información y ejemplificación.
- Debate de creencias centrales.
- Balance decisional y elaboración de metas a corto y mediano plazo.

REFERENCIAS

- Beck, J., (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa
- Benson, H. (1974). Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. *Lancet*, 1, 289-291.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., y Sierra. J.C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E., Anguiano, S, A. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. En: L. Reynoso-Erazo, I. Seligson (coords) (2002). *Psicología y Salud*. México, Ed. Facultad de Psicología U.N.A.M. CONACyT
- Christensen, A.J., Moran, P. J., Wiebe, J. S., Ehlers, S. L., & Lawton, W.J.(2002).Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, 21,393-397.
- Cohen, S.D., Norris, L. Acquaviva,K., Peterson, R. A., & Kimmel, P.L.(2007). Screening, diagnosis, and treatmentof depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2-6, 13332-1342.
- Cukor,D., Peterson, R.A., Cohen, S.D., & Kimmel, P.L. (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Pract Nephrol*, 2-12, 678-687.
- Dominguez, T., y Olvera, Y. (2005). *Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*. México: Trillas.
- Ellis, A. (2003). *Razón y emoción en Psicoterapia*. España: Descleé de Brouwer.
- Fernández Ballesteros, R. (1993)*Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Golman, H. & Kleinman, K. (1975). Relationship between essential hypertension and cognitive functioning, effects of biofeedback. *Psychophysiology*, 12, 569-573.
- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12, 1,25-32.
- Junco. B. Identity and choric illeness: Kidney disease and quality of life. *Dissertation Abstract International Section A: Humanities and Social Sciences*, Vol 64(2-A),2003, pp.554.
- Knight,S.J. & Camic, P.M.(1998).Health psychology and medicine: The art and science of healing. In P.M. Camic, S.J. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions* (pp.3-15). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

- Latorre, J. (1994). El paciente en el medio hospitalario. En Latorre, J. y Beneit, P. *Psicología de la salud*. Cap 12, p.p 205-214. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México: SXXI
- Logan, S.M., Pelletier-Hibbert, M. & Hodgins, M. (2006). Stressors and coping of in-hospital hemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing*, 56-4, 382-391.
- López, F. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. *Revista Cubana Med Gen Inegr*, 12, 4, 15-22.
- Martín de Francisco. Al, y Rodríguez-Puyol D, Praga M. *Nefrología Clínica*. Madrid: Editorial Panamericana, 1997:528-545.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Morales, C. F. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Paidós
- Moreno, B., Contreras, R., Martínez, S. Ayala, G., Livacic, R. y Vera. (2006). Evaluación del efecto de una Intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Rev Med Chile*, 134, 433-440.
- McGuigan. J.F. (1997). *Experimental Psychology: Methods of research* (7 ed.).Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. (1998).Cognitive Behavioral treatment of Depression. En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. España: Ediciones Roca.
- Nezu, A.N. & Zurilla, T.J (2000).Problem-solving skill training. En: G. Fink, *Enciclopedia of Stress*, vol III, 252-256.New York: Academy Press.
- OMS-UMCEF, Atención de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria a la salud, Alma Ata, OMS-UNICEF, URSS, 1978.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (1977). *Desarrollo de una escala de estrés fisiológico*. México, U.N.A.M. Iztacala.

- Reynoso, L. y Seligson, I. (1995). *Inventario sobre depresión*. México, U.N.A.M. Iztacala.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Riveros, A., Cortazar, P., Alcazar, L. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3) 445-466.
- Rodríguez, A. I. y Rodríguez, A. G. (2004). Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Médica del IMSS*, 42(2):97-102.
- Sánchez-Sosa, J .J. (2002). Health psychology: prevention of disease and illness, maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities*. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>
- Secretaría de Salud (S.S) (2007). Estadística en salud. www.ssa.gob.mx
- Siegel, S. y Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas
- Sociedad Mexicana de Psicología, S.M.P. (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Society of Behavioral Medicine, SBM Society of Behavioral Health Better Health through behavior change. by M. Edmunds and Members of the Society of Behavioral Medicine, March (1998) Recuperado el 29 marzo 2006 <http://www.sbm.org/about/definition.html>
- Schwartz, G. E., y Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An Amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Schwartzman, L., Dergazarian, S. Guerra. A. (1995). Análisis conceptual de instrumentos para medir calidad de vida en HDC. Resumen. *Publicación del Congreso Uruguayo de Nefrología*, Montevideo.
- Vázquez, M., Saenz, O., Tafoya, R. y Reynoso, E. (2009). Módulo de Psicología. Manuscrito en preparación. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.
- Vidal, E. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica, En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp.395-419). Bilbao: Descleé de Brouwer.