



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA

---

---

EFFECTOS DE LA DISTRACCIÓN COGNITIVA EN  
PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN  
AISLAMIENTO

T E S I S

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**  
**CON RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

P R E S E N T A

**CRISTINA GUADALUPE GUERRERO SÁNCHEZ**

JURADO DE EXÁMEN DE GRADO

DIRECTORA DE TESIS:	DRA. MARTHA C. MALDONADO RUBÍ
REVISORA:	DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO
SECRETARIO:	DR. RAMÓN ESPINOZA HERNÁNDEZ
SUPLENTES:	DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA
	DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

México, D.F.

SEPTIEMBRE, 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia: Tomás, Alma, Berenice y Fernanda por su apoyo, comprensión y aliento en todo el proceso académico y emocional.

A mis compañeras por el aprendizaje y todos aquellos momentos dignos de recordarse: Adriana, Rodrigo, Rosario, Selene e Irene.

Al Hospital Juárez de México por ser el escenario de toda la formación. En especial al Dr. Ricardo Gallardo, al Dr. Fausto González, al Dr. Ramón Espinoza, al Dr. Carlos Vargas y a la Dra. Areli Góngora por sus enseñanzas y reconocimiento del trabajo realizado.

A todo el Jurado del examen por su colaboración y sugerencias para la mejora y pulido del presente trabajo.

## ÍNDICE

### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	6
1.1 La Enfermedad renal crónica .....	6
1.1.1 Signos y síntomas .....	6
1.1.2 Causas y complicaciones .....	7
1.1.3 Control y tratamiento .....	7
1.1.4 Problemas psicológicos en pacientes renales .....	8
1.2 El trasplante .....	9
1.2.1 Complicaciones y riesgos .....	11
1.2.2 Ventajas del trasplante .....	12
1.2.3 Tipos de trasplante .....	12
1.2.4 Expectativa de vida según tipo de trasplante .....	13
1.2.5 Panorama Nacional .....	15
1.2.5.1 Criterios para ser donador .....	15
1.2.5.2 Criterios para recibir un trasplante .....	16
1.2.6 Contraindicaciones .....	16
1.2.7 Problemas psicológicos en pacientes trasplantados .....	16
1.3 Intervenciones en la literatura previa .....	18
2. METODOLOGÍA .....	23
2.1 Justificación .....	23
2.2 Planteamiento del Problema .....	23
2.3 Objetivos .....	24
2.4 Método .....	24



2.4.1	Diseño	24
2.4.2	Muestra	24
2.4.2.1	Criterios de inclusión	24
2.4.2.2	Criterios de exclusión	24
2.4.3	Variables dependientes	24
2.4.4	Variable Independiente	25
2.4.5	Variables Extrañas	25
2.4.6	Instrumentos	25
2.4.6.1	Definición de variables	26
2.4.7	Procedimiento	28
3.	RESULTADOS	30
3.1	CASO 1: SCS	30
3.1.1	Ficha de Identificación	30
3.1.2	Evolución del padecimiento	30
3.1.3	Resultados	30
3.2	CASO 2: DLGF	35
3.2.1	Ficha de Identificación	35
3.2.2	Evolución del padecimiento	35
3.2.3	Resultados	35
4.	DISCUSIÓN	41
5.	CONCLUSIONES	46
6.	BIBLIOGRAFÍA	48

## INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

7.	INFORME DE ACTIVIDADES DEL PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA	54
7.1	Descripción de la sede	54

7.2 Primer año: Medicina Interna .....	54
7.2.1 Ubicación del residente en la sede .....	54
7.2.2 Inserción del residente en el servicio .....	55
7.2.2.1 Justificación .....	55
7.2.2.2 Evaluación inicial del servicio .....	55
7.2.3 Actividades diarias .....	56
7.2.4 Productividad .....	58
7.2.4.1 Descripción de los pacientes y las intervenciones .....	60
7.2.5 Materiales desarrollados .....	63
7.3 Segundo año: Trasplante renal .....	64
7.3.1 Ubicación del residente en la sede .....	64
7.3.2 Inserción del residente en el servicio .....	64
7.3.2.1 Justificación .....	64
7.3.2.2 Evaluación inicial del servicio .....	65
7.3.3 Actividades diarias .....	65
7.3.4 Actividades mensuales .....	67
7.3.5 Productividad .....	69
7.3.5.1 Descripción de los pacientes y las intervenciones .....	70
7.3.6 Materiales desarrollados .....	73
7.4 Competencias adquiridas en la residencia .....	74
7.4.1 Competencias académicas .....	74
7.4.2 Competencias clínicas y/o prácticas .....	74
7.4.3 Competencias personales .....	74
7.5 Sugerencias .....	75
ANEXOS .....	76

**Protocolo**

**de**

**Investigación**

## **RESUMEN**

El objetivo del presente estudio fue observar los beneficios que una sesión de música podría ocasionar en dos pacientes hospitalizados con trasplante de riñón. Los pacientes escucharon música diariamente por 30 minutos durante el periodo de aislamiento posterior a la cirugía. La música representó un distractor cognitivo cuya meta fue disminuir la percepción subjetiva de dolor, ansiedad, aburrimiento y estado de ánimo. Para observar los efectos de la música en estos pacientes, se midieron variables psicofisiológicas durante la distracción cognitiva. Se utilizó un diseño cuasi-experimental de series de tiempo interrumpidas, N=1 con medidas repetidas. Los resultados muestran una disminución de la percepción de las 4 variables subjetivas, así como cambios en las variables psicofisiológicas similares a los observados durante la relajación. Se concluye que la distracción cognitiva hace más agradable la estancia hospitalaria de pacientes trasplantados en aislamiento; además podría representar una alternativa para aquellos pacientes en los que es difícil aplicar alguna técnica de relajación.

## **ABSTRACT**

The main purpose of this study was the introduction of a therapeutic technique based on music to see its effects in two in-patients after a kidney's transplant. 30 minutes of music on a daily basis was played during the isolation period. The music represented a cognitive distractor attempting to ameliorate symptoms such as pain, anxiety, boringness, and mood states during the time the patients spent in isolation. As the patients were listening to the music, data from psychophysiological variables were collected during the time of each session to observe the fluctuations on each one of them. A quasi-experimental design with interrupted time-series, N=1 repeated measures, was used to analyze data. Results showed changes in the levels of perception in both patients in all 4 subjective variables, as well as changes in the psychophysiological variables similar to a relaxation response. Based on this information, the

results may indicate that this cognitive distraction technique would be beneficial to patients with a kidney transplant in the isolation period. Furthermore, this treatment could represent an alternative choice for those patients who for different reasons cannot practice a relaxation technique.

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es una condición irreversible, por lo que los pacientes requieren de algún tratamiento sustitutivo para mantenerse con vida. Son muchos los factores médicos, sociales y psicológicos que afectan a los pacientes renales y varían según el tratamiento sustitutivo al que el paciente se someta. El presente trabajo pretende dar un mapa general de la enfermedad renal para después enfocarse en aquellos factores que inciden en los pacientes que eligen el trasplante como método sustitutivo de la función renal y finalmente proponer una intervención psicológica para el periodo de aislamiento posterior a la cirugía de trasplante.

1.1 La Enfermedad renal crónica: La Enfermedad renal crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal de larga duración e irreversible. Se clasifica en 5 etapas dependiendo de la tasa de filtración glomerular que conserve el paciente. La filtración glomerular normal es de aproximadamente 65 ml/min, pero varía dependiendo de la edad y el género de la persona. La etapa 5 de la ERC, también conocida como “enfermedad renal terminal”, se diagnóstica cuando el paciente conserva una filtración glomerular menor a 15 ml/min por cada 1.73 m<sup>2</sup>; es en esta etapa cuando se debe iniciar el tratamiento dialítico (Harrison et al, 2005).

1.1.1 Signos y síntomas: Algunos de los signos y síntomas de la ERC incluyen: anorexia, pérdida de peso, disnea, fatiga, prurito, disturbios en el sueño y en el sentido

del gusto; y confusión por encefalopatía. Para llegar al diagnóstico, se pueden realizar exámenes de laboratorio en sangre y orina, los cuáles pueden mostrar alteraciones tales como: proteinuria (>3.5g/dl), hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, alteraciones en los electrolitos (sodio, potasio, magnesio y fósforo), aumento de la creatinina, entre otros (Harrison et al, 2005; Reynoso & Seligson, 2004).

1.1.2 Causas y complicaciones: Algunas de las causas de la ERC son la nefropatía diabética, nefrosclerosis hipertensiva, glomerulonefritis, nefropatía isquémica, enfermedad renal poliquística, enfermedades congénitas, nefritis intersticial, nefropatía asociada a VIH, entre otras. Entre las complicaciones más comunes de la enfermedad están la hipertensión y otras complicaciones cardiovasculares, anemia, edema y alteraciones del metabolismo óseo; todas ellas a su vez condicionan otras complicaciones (López, et al., 2009).

1.1.3 Control y tratamiento: Algunas de las medidas iniciales para el control de la enfermedad son el uso de anti-hipertensivos y diuréticos, así como la restricción de proteínas y líquidos en la dieta (Harrison et al, 2005). Posteriormente se debe elegir alguno de los tratamientos sustitutivos existentes: la diálisis, la hemodiálisis o el trasplante.

La indicación de inicio de la diálisis depende de la combinación de síntomas reportados por el paciente, comorbilidades y parámetros de laboratorio (Harrison et al, 2005). Se puede elegir entre dos modalidades generales: diálisis peritoneal o hemodiálisis. La diálisis peritoneal requiere la colocación de un catéter que permite la infusión de solución dialítica a la cavidad peritoneal, permitiendo así la transferencia de solutos a través de la membrana peritoneal. El proceso debe ser realizado de 4 a 5 veces al día o bien durante toda la noche si se cuenta con la máquina automática.

Esta modalidad ofrece las ventajas de independencia y flexibilidad, aunque también puede tener complicaciones como peritonitis, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, obesidad e hipoproteinemia (Harrison et al, 2005).

Por otro lado, la hemodiálisis requiere de la colocación de un catéter o una fístula arteriovenosa que proporcionen acceso directo a la circulación sanguínea, para llevar la sangre hacia el “riñón artificial” que cuenta con filtros y soluciones químicas que ayudan a eliminar las toxinas de la sangre, sustituyéndose así la función renal. Este procedimiento debe realizarse 2 o 3 veces por semana en sesiones de aproximadamente 4 horas. La hemodiálisis puede llevar a complicaciones tales como hipotensión, infección en el catéter, pérdida rápida de la función renal residual, hemorragia, leucopenia, disnea, etc. (Harrison et al, 2005).

1.1.4 Problemas psicológicos en pacientes renales: Según Álvarez y Suárez en Ortega (2007), la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permita seguir aquellas actividades que le son importantes y que afectan su bienestar.” (Acosta, Chaparro & Rey, 2008; De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2004; De los Ríos, Barrios & Ávila, 2005; Dobbles, Decorte, Roskmas & Van Damme-Lombaerts, 2010; Rohm, D., et al., 2010; Schwartzmann, 2005). Durante la espera de un riñón, los pacientes deben de mantenerse en otro tratamiento sustitutivo (diálisis o hemodiálisis) esto implica cambios radicales en el estilo de vida, por ejemplo en la alimentación, las actividades físicas permitidas, la ingesta de líquidos, la inversión de tiempo y dinero en el tratamiento, etc. (Acosta, Chaparro & Rey, 2008; Escobar, Guerrero, Quintas, & Salvador, 2005; Sharp, Wild & Gumley, 2004). Todos estos cambios pueden condicionar problemas en el ámbito psicológico tales como:

- a) Falta de autonomía del paciente por sobreprotección de la familia, especialmente cuando son pacientes jóvenes, aunado al requisito de ser acompañado a las sesiones de diálisis en el hospital.
- b) Ansiedad por los procedimientos invasivos inherentes a los tratamientos junto con la incertidumbre que implica la propia enfermedad.
- c) Depresión por la cronicidad de la enfermedad, por el deterioro físico y cognitivo; así como por las afectaciones escolares, laborales y sociales que acompañan a la misma. La depresión puede verse incrementada por la falta de apoyo social.
- d) Incumplimiento terapéutico, debido a la estricta restricción de alimentos y líquidos, y por la complejidad del tratamiento farmacéutico.
- e) Problemas sociales como el aislamiento por falta de asertividad, por el cambio en su desempeño social y la discriminación por parte de las demás personas; además por la re-acomodación del grupo familiar (Alcázar, 2002; Rojano, 2002; Bujaldón & Giacoletto en Ortega, 2007; Rojano et al, 2001).

1.2 El trasplante renal: La palabra trasplante significa “injerto de un órgano o tejidos con sutura vascular” (Ver imágenes 1 y 2). Puede ser un isotrasplante, es decir, un injerto de algún órgano entre personas distintas pero similares genéticamente; o bien, un homotrasplante, cuando el injerto perteneciente a un donante se transporta a un receptor de la misma especie pero genéticamente diferentes (Ayala, 2006).





Imagen 1. Incisión inicial de la cirugía de trasplante



Imagen 2. Cirugía de trasplante

1.2.1 Complicaciones y riesgos: Las principales complicaciones del trasplante son las infecciones como efecto colateral del uso de inmunosupresores, las neoplasias y el rechazo del injerto (Harrison et al, 2005). Los principales riesgos del trasplante son la hemorragia durante la cirugía (Ver imágenes 3 y 4), el rechazo del injerto y la muerte.

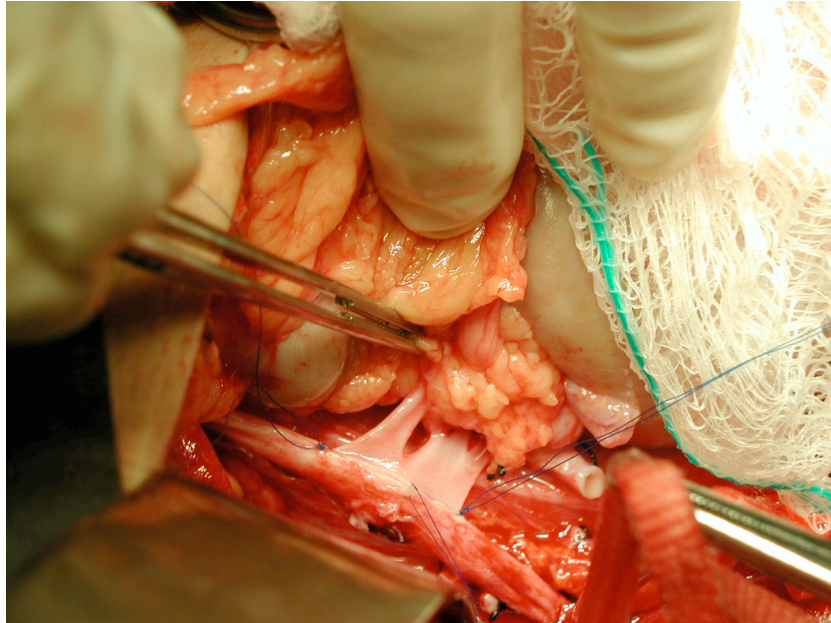


Imagen 3. Anastomosis (unión a través de suturas) de la vena y la arterial renal

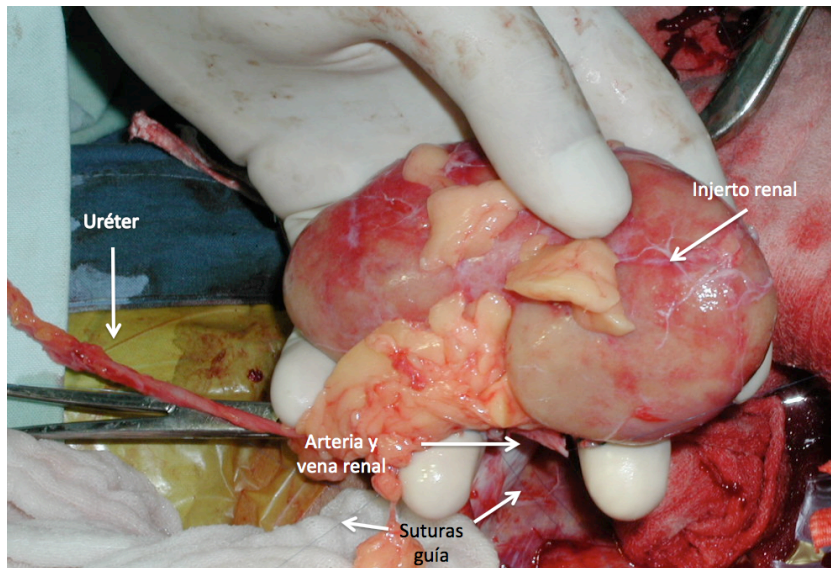


Imagen 4. Colocación del injerto renal en el receptor

1.2.2 Ventajas del trasplante: El trasplante renal se considera el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal. Este tratamiento ofrece aumento en la expectativa de vida así como una mejor calidad de vida al prescindir de la dependencia de los horarios estrictos de la diálisis, de las dietas rigurosas, mejoría de los síntomas y rehabilitación laboral, social, familiar y sexual. (Ayala, 2006; Bujaldón & Giacoletto en Ortega, 2007; Martín & Errasti, 2006). Otro de los beneficios a nivel psicológico es la mejoría cognitiva aproximadamente a los 6 meses en diferentes áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas manteniéndose estables incluso un año después del trasplante (Sánchez, 2010).

1.2.3 Tipos de trasplante: Dependiendo de la procedencia del órgano se puede clasificar a los trasplantes como de donador vivo (relacionado o no relacionado) y de donador cadavérico.

- *Trasplante de donador vivo*: Se refiere al trasplante hecho con un injerto de un pariente consanguíneo del receptor, se le llama también “trasplante de donador vivo relacionado”. Cuando el donador no es consanguíneo del receptor, se le llama “trasplante de donador vivo no relacionado”. Solamente en pocos países entre los que se encuentra México, este tipo de trasplantes son legales (Ayala, 2006).
- *Trasplante de donador cadavérico*: Se refiere al trasplante de un injerto proveniente de un donador con muerte cerebral comprobada. Para ello se realiza una exploración clínica del paciente que evalúa la presencia/ausencia de reflejos, respuesta a estímulos nocivos y movimientos espontáneos. El diagnóstico clínico debe de ser corroborado a través de un electroencefalograma, una prueba de potenciales evocados y/o un test de flujo sanguíneo cerebral (Cuevas-Mons & Del Castillo-Olivares, 1994).

1.2.4 Expectativa de vida según tipo de trasplante: El tiempo de supervivencia del injerto y del paciente trasplantado varían dependiendo de muchos factores. Sin embargo, se considera que la supervivencia del injerto y del paciente a 5 y 10 años es mayor en los receptores de donador vivo que en los de donador cadavérico. En el Hospital Juárez de México (HJM) se mencionaba a los pacientes que la supervivencia de un injerto de donador cadavérico era de entre 5 y 8 años; mientras que si el injerto se obtenía de un donador vivo el rango de supervivencia era de 10-12 años. Estas diferencias pueden atribuirse a varias cuestiones:

- Mejor compatibilidad genética: ya que la mayoría de las parejas donador/receptor son consanguíneos.
- La edad promedio de los donadores vivos es menor a la de donadores cadavéricos, lo cual se asocia a un menor número de patologías en los primeros.
- El receptor pasa menos tiempo en diálisis gracias a la disponibilidad de tener un donante.
- Menor tiempo de isquemia fría del injerto, disminuyendo así las lesiones provocadas al mismo (Ver imágenes 5 y 6).
- El donador no presenta los problemas fisiológicos intrínsecos de la muerte cerebral.
- El donador vivo puede ser estudiado más extensamente que el cadavérico (Guirado, et al., 2008).



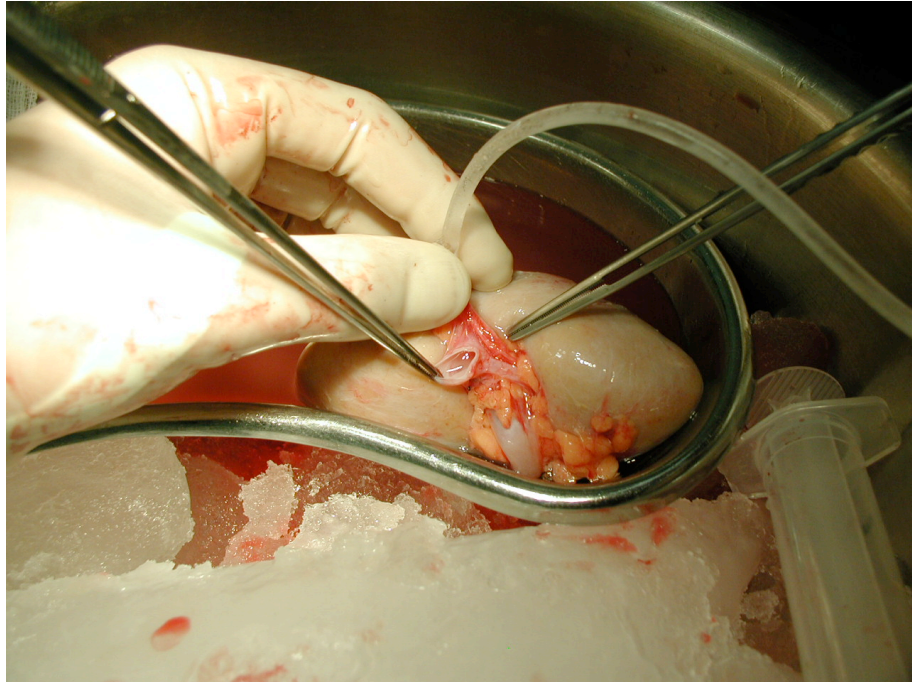


Imagen 5. Preparación del injerto renal durante la isquemia fría.

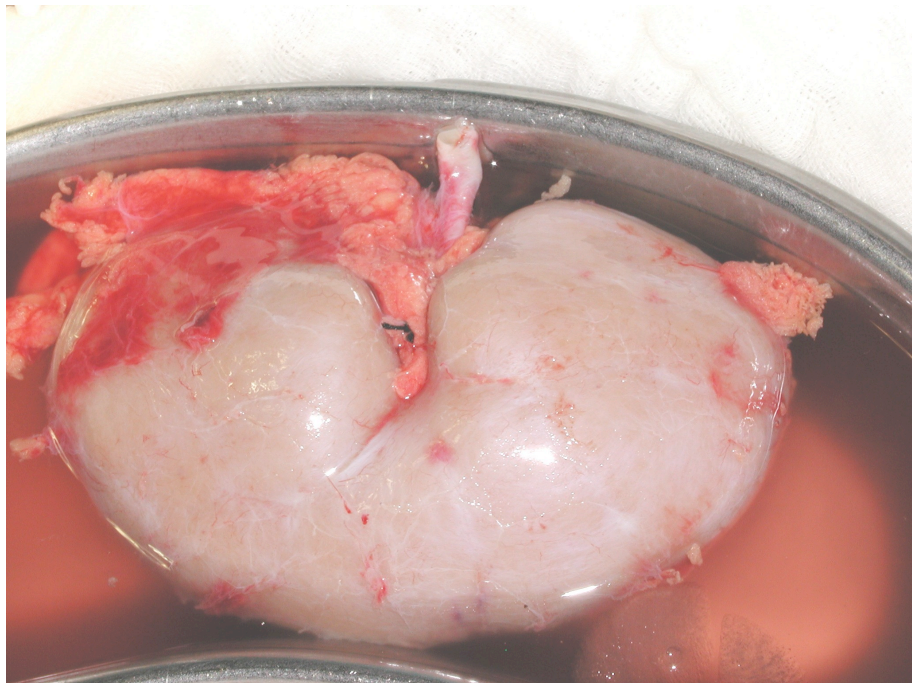


Imagen 6. Injerto renal en solución de preservación.

1.2.5 Panorama Nacional: En lo que va del presente año (2012) el CENATRA reporta que existen 8306 pacientes con problemas renales que están en espera de un trasplante. En el año anterior (2011), se realizaron 2468 trasplantes, por lo que se calcula que solo el 30% de los pacientes en lista de espera recibirá un riñón. Como muestran las estadísticas, existe una gran disparidad entre la demanda de órganos y las donaciones realizadas, esto influye en el tiempo que un paciente debe permanecer en espera de un órgano. Para el caso de riñón, en México el rango de espera oscila entre 24 y 30 meses (CENATRA; 2012). Además, existe una serie de limitaciones para la realización de un trasplante, por ejemplo: la escasez de órganos de donador cadavérico y los altos costos económicos del proceso. La escasez de órganos esta influida por las creencias y actitudes negativas hacia el proceso de donación y por la desinformación acerca del tema (Conesa, et al., 2005). También existen criterios muy estrictos que son necesarios tanto para ser donador como para ser candidato a receptor de un trasplante (Ayala, 2006; CENATRA, 2012).

1.2.5.1 Criterios para ser donador: Los donadores en vida deben ser mayores de edad, estar en pleno uso de sus facultades mentales, debe existir compatibilidad entre donador y receptor; el candidato debe recibir información completa sobre los riesgos y consecuencias de la donación; de preferencia tener consanguinidad con el receptor, otorgar consentimiento expreso, aprobar la evaluación clínica, médica, social y psicológica; y obtener resolución favorable por parte del Comité de Trasplantes. Si el donador es cadavérico debe presentar muerte cerebral comprobada, existir autorización por parte del familiar responsable, no presentar enfermedades transmisibles, contar con los análisis clínicos que demuestren estabilidad hemodinámica, función renal dentro de límites aceptables; no ser diabético, hipertenso ni presentar neoplasias malignas. También se debe de

considerar en cada caso específico la historia de farmacodependencia y los factores de riesgo para VIH (Ayala, 2006).

1.2.5.2 Criterios para recibir un trasplante: Estar inscrito en el registro nacional de pacientes en espera de un trasplante, realizarse pruebas clínicas periódicas que reflejen su estado de salud, conocer su histocompatibilidad a través de pruebas de laboratorio, autorizar la intervención una vez que cuente con un donador y aprobar la evaluación médica, social y psicológica que lo presenten como un candidato apto (Ayala, 2006).

1.2.6 Contraindicaciones: Dentro del ámbito médico algunas de las condiciones que se consideran contraindicaciones para realizar un trasplante son: cualquier infección bacterial o por VIH, edad mayor a 70 años y mieloma múltiple (Harrison et al, 2005). Por su parte, en el ámbito psicológico se consideran como contraindicaciones las enfermedades psiquiátricas descontroladas, el retraso mental y el incumplimiento terapéutico (Alcázar, et al., 2001).

1.2.7 Problemas psicológicos en pacientes trasplantados: Los pacientes que son sometidos a un trasplante se ven afectados por diferentes problemas psicológicos y psiquiátricos, dependiendo de la etapa en la que se encuentren. Antes del trasplante los pacientes pueden experimentar las diversas complicaciones psicológicas propias de su tratamiento sustitutivo (diálisis o hemodiálisis) que fueron mencionadas previamente. Si el paciente espera una donación cadavérica puede experimentar ansiedad por la incertidumbre del momento en que ocurrirá la cirugía; mientras que si la donación es de un donante vivo el receptor puede experimentar ansiedad por la posibilidad de provocarle daño al donador (Bujaldón & Giacoletto en Ortega, 2007;

Cuellar – González & Correa – Rotter, 2005; Olbrisch, Benedict, Ashe & Levenson, 2002).

Una vez realizada la cirugía del trasplante los pacientes pueden presentar problemas como resultado del uso de inmunosupresores por ejemplo delirium y trastornos del estado de ánimo. Los efectos secundarios de dichos medicamentos pueden derivar en insatisfacción con la imagen corporal y trastornos adaptativos. El incumplimiento terapéutico puede deberse a la complejidad del régimen farmacológico y a la reacomodación del rol social. Mientras que otros problemas como los trastornos sexuales, de ansiedad y del sueño son multifactoriales. Todas estas complicaciones psicológicas se ven influidas por diversas variables como la edad, el apoyo social con el que cuenta el paciente, los trastornos psicológicos de los familiares, las características de la hospitalización, las expectativas a cerca del trasplante, estrategias de afrontamiento, duración de la enfermedad y la procedencia del injerto. En éste aspecto, los receptores de donación cadavérica pueden experimentar culpa por el deseo de obtener un riñón, lo que implica la muerte de una persona y también por haber recibido el injerto dejando de lado a otros pacientes. Mientras que los receptores de donador vivo pueden preocuparse por la salud de su donador y se sienten comprometidos a retribuirlo. Finalmente si se presentan signos de rechazo, el paciente receptor puede sufrir de ansiedad y/o depresión por la posibilidad de regresar a su anterior condición de salud deteriorada (Bujaldón & Giacoletto en Ortega, 2007; Dobbles, Decorte, Roskmas & Van Damme-Lombaerts, 2010; Novak, et al., 2006; Olbrisch, Benedict, Ashe & Levenson, 2002; Pérez - San Gregorio et al., 2005; Rodrigué, et al., 2011; Vallejo, Granados, Schweineberg & Rincón, 2006).



### 1.3 Intervenciones en la literatura previa

Gran parte de la literatura previa referente a psicología y trasplante renal son estudios descriptivos de los factores psicológicos que afectan al paciente y las variables psicosociales que influyen en los mismos. A pesar de ello, existen algunos estudios, en su mayoría revisiones, que exponen técnicas de intervención psicológica para los pacientes trasplantados. De acuerdo con Pérez-San Gregorio (2005) la intervención psicológica que se debe de implementar depende de la etapa del proceso del trasplante en la que se encuentre el paciente. El enfoque cognitivo conductual se sugiere especialmente cuando el paciente reporta tener expectativas o pensamientos irreales que amenacen su estabilidad emocional, así como para mejorar el cumplimiento terapéutico. Si así lo requiere el paciente, se pueden utilizar las técnicas de autocontrol como la relajación muscular progresiva durante cualquier etapa del proceso, así como la desensibilización sistemática, la auto-hipnosis o la imaginación. Así mismo, el entrenamiento en asertividad, el manejo de la ira o la resolución de problemas, pueden ayudar cuando el paciente ha perdido la percepción de control. En cambio, cuando el paciente tiene otros problemas como uso o abuso de sustancias (tabaquismo, alcoholismo u otras drogas) se pueden realizar un contrato conductual, una entrevista motivacional y entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Bujaldón & Giacoletto en Ortega, 2007; Olbrisch, Benedict, Ashe & Levenson, 2002). Dado que no existen muchas investigaciones experimentales o cuasi-experimentales con pacientes trasplantados, es difícil saber la efectividad de cada técnica en dicha población, o bien los resultados esperados con el uso de cada una de ellas. Además, la mayoría de las estrategias mencionadas están dirigidas a la preparación del paciente antes de la cirugía o bien a la mejora de la calidad de vida posterior a la misma; enfocándose poco en la intervención de pacientes durante el periodo intrahospitalario.

El periodo de aislamiento después de la cirugía depende del tipo de trasplante y de los criterios propios de cada institución. En general, dicho período se indica debido al uso de altas dosis de inmunosupresores durante los primeros días post-trasplante como forma de prevención de complicaciones. Los medicamentos inmunosupresores debilitan el sistema inmune del paciente haciéndolo más vulnerable a infecciones. En muchas instituciones el paciente se recupera en el hospital en un período de 3-4 días posteriores a la cirugía y cumple su aislamiento en casa. En el caso del HJM, se indica un aislamiento intrahospitalario más prolongado (entre 7 y 21 días, aproximadamente) como medida preventiva contra infecciones oportunistas considerando las condiciones socioeconómicas y ambientales de la mayoría de los pacientes. Al ser un hospital de salud pública, la institución atiende a pacientes de un estrato socioeconómico bajo. Esa circunstancia muchas veces condiciona ambientes con poca higiene y alto riesgo de infección; a veces por el oficio de la familia (agricultura, cría de animales) y otras por las condiciones de vivienda (pisos de tierra, áreas comunitarias para más de una familia, uso de letrinas, necesidad de traslados prolongados en transporte público). Dado que el aislamiento intrahospitalario no es tan prolongado en todas las instituciones que realizan trasplantes, la investigación al respecto es escasa, aunque se ha reconocido la necesidad de diseñar intervenciones al respecto (Alcázar, et al., 2001).

A diferencia de los receptores de trasplante de riñón, existe un protocolo generalizado de aislamiento intrahospitalario prolongado para los pacientes que reciben un trasplante de médula ósea. Por lo anterior, en esta población encontramos algunas investigaciones como la de Sasaki et al. (2000), quienes realizaron un estudio en el que pretendían investigar los problemas psiquiátricos durante el periodo de aislamiento posterior a un trasplante de médula ósea en pacientes con leucemia. También estudiaron los factores asociados con el desarrollo de dichos problemas. Utilizando una entrevista profunda y el

cuestionario "Profile of mood states" buscaron síntomas y problemas que provocaban distres psicológico en 39 pacientes de entre 17 y 50 años de edad. Se realizó una entrevista antes de iniciar el aislamiento. Por su parte, el cuestionario se aplicó en 3 momentos: antes del aislamiento, 1 día antes del término del aislamiento y 1 mes después del término del aislamiento. Como factores asociados estudiaron la edad, género, tipo de enfermedad, duración y etapa de la misma, tipo de donador y tipo de terapia preparatoria (Sasaki, et al., 2000).

Los autores reportaron que durante el periodo de aislamiento los pacientes presentaban síntomas como irritabilidad, ansiedad severa, ánimo deprimido, insomnio, ilusiones, alucinaciones y confusión en 19 de los 39 pacientes. Dieciséis de ellos reunían los criterios para algún diagnóstico del DSM-IV. Dentro de este grupo, 12 requirieron medicamentos para disminuir los síntomas, mientras que 4 mejoraron sin la necesidad de medicamentos. Los factores que se asociaron con los disturbios emocionales fueron: puntuaciones altas en la escala de tensión-ansiedad del cuestionario "Profile of mood states" aplicado, la donación no relacionada y el sexo femenino (Sasaki, et al., 2000).

Los autores concluyen que después del inicio del aislamiento una proporción sustancial de pacientes puede desarrollar trastornos psiquiátricos que pueden predecirse con escalas para evaluar el humor antes o al inicio del aislamiento. También que dada la alta frecuencia de los problemas psicológicos, las consultas tanto psiquiátricas como psicológicas en pacientes durante el aislamiento se vuelven importantes (Sasaki, et al., 2000).

En pacientes de trasplante renal, Alcázar (2002) propone un protocolo de intervención para lograr que los pacientes sean candidatos aptos para el trasplante. Dicho protocolo se aplicó a 34 pacientes asistentes al HJM. El autor menciona que de acuerdo a su propia

experiencia los pacientes sometidos a un trasplante renal durante la etapa del aislamiento se vieron afectados por diferentes problemas psicológicos.

Previo a la cirugía, el autor entrenó a los pacientes en respiración diafragmática o en relajación muscular progresiva, también los familiarizó con el personal y las instalaciones a través de un recorrido. Cuatro de los pacientes observados no estuvieron sujetos al protocolo y el autor observó una complicación que definió como un “intento de fuga”. De los otros 30 pacientes que si recibieron entrenamiento, solamente 9 se trasplantaron. Las observaciones realizadas con esos 9 pacientes durante el periodo de aislamiento muestran complicaciones en 4 pacientes: un “intento de fuga” y 3 pacientes que requirieron medicamentos ansiolíticos. Los otros 5 pacientes no presentaron complicaciones en el ámbito psicológico. De estas observaciones el investigador concluyó que la preparación psicológica para el aislamiento contribuye al éxito de un trasplante. Propone la utilización de autorregistros de llanto o síntomas de ansiedad para conocer el resultado de las preparaciones psicológicas realizadas.

Madson y Silverman (2010) llevaron a cabo una intervención por medio de música con pacientes trasplantados y algunos donadores. El estudio tuvo como objetivo evaluar cuantitativamente el efecto inmediato de dicha intervención en los auto-reportes de relajación, dolor, ansiedad y nausea durante la intervención temprana en receptores de órganos sólidos (riñón, corazón, páncreas, pulmón, hígado, etc.). Se trabajó con 58 pacientes con edades entre 18 y 70 años de edad, de los cuales 45 se encontraban en recuperación posterior a la cirugía (donadores y receptores) y los 13 restantes estaban hospitalizados por infección. Se utilizaron escalas Likert de 10 puntos para obtener el reporte subjetivo de los pacientes en las cuatro áreas ya mencionadas (relajación, dolor, ansiedad y nausea), así como la calificación subjetiva por parte de los autores sobre las verbalizaciones (negativo, neutral, positivo) y el afecto (triste, plano o alegre). Las sesiones

de música tenían una duración de 15-35 minutos y consideraban los gustos personales de cada paciente. Además de la música, los autores describen haber realizado reforzamientos verbales durante las sesiones. Los resultados de las escalas Likert se analizaron utilizando la prueba *t* de student para muestras relacionadas, mientras que el afecto y las verbalizaciones se analizaron con *Chi* cuadrada. Los resultados mostraron que los puntajes del post-test mejoraron significativamente en las 4 escalas subjetivas, aunque los cambios no fueron significativos cuando los pacientes reportaron dolor mayor a 8 en el pre test. En cuanto a las verbalizaciones y el afecto, los pacientes se mostraron también más positivos después de la intervención. Estos resultados muestran que el uso de música fue una intervención viable en pacientes donadores y receptores de trasplante durante el periodo postoperatorio. Una de las propuestas de los autores es correlacionar los resultados subjetivos con las mediciones objetivas de carácter fisiológico. El periodo de aislamiento es sumamente importante ya que existe evidencia en investigaciones previas de que niveles bajos de ansiedad durante dicho periodo pueden predecir una recuperación más rápida y exitosa. Una limitación detectada por los autores fueron los resultados limitados obtenidos en pacientes con dolor severo. Sin embargo, la técnica del uso de música muestra la ventaja de poder ser aplicada a pacientes con diferentes características. Además, concluyen que la técnica fue aceptada positivamente por los cuidadores formales e informales de los pacientes; quienes también observaron efectos positivos tanto en los pacientes como en sí mismos. (Madson y Silverman, 2010).

2. METODOLOGÍA: A continuación se describirán las diferentes secciones que constituyen la metodología del presente estudio.

2.1 Justificación: Durante la experiencia previa del investigador en el servicio de Trasplantes del HJM, se observó que los pacientes reportan diversos problemas durante el aislamiento. La principal queja fue el aburrimiento, seguida de los cambios en el estado de ánimo y algunas parestesias. Cada institución que realiza trasplantes se rige por protocolos específicos según su experiencia y necesidades. En algunas de ellas no se llevan a cabo intervenciones psicológicas y a veces los pacientes no son sometidos a un aislamiento intra-hospitalario. Esto resulta en que la investigación psicológica en las condiciones ya mencionadas sea escasa. La revisión de la literatura previa reporta diversos problemas de tipo psicológico y psiquiátrico en pacientes trasplantados que se presentan en su mayoría, durante los meses o años posteriores a la cirugía. La mayoría de estos artículos realizan descripciones del problema, sin proponer intervenciones para los mismos. Por ésta razón, en el presente estudio se propone una variación de la intervención propuesta por Madson y Silverman (2010) para pacientes trasplantados en aislamiento debido a su facilidad de replicación y a que fue considerada la intervención menos invasiva en el espacio físico de los pacientes, disminuyendo así los riesgos para los mismos.

2.2 Planteamiento del Problema: Los pacientes en aislamiento presentan diversos problemas psicológicos, desde cambios en el estado de ánimo, síntomas ansiosos, aburrimiento, hasta eventos psicóticos. Por lo que se plantea lo siguiente: ¿Una distracción cognitiva a través de música, podría influir en la evaluación subjetiva de los pacientes sobre su propio estado anímico? Además, la distracción cognitiva, ¿Podría tener efectos en las variables psicofisiológicas?

### 2.3 Objetivos

- Evaluar los efectos de la distracción cognitiva en la evaluación subjetiva del dolor, aburrimiento, tristeza y ansiedad en pacientes con trasplante renal durante el periodo de aislamiento post-operatorio.
- Evaluar los efectos de la distracción cognitiva a través de la música en las mediciones psicofisiológicas de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial en pacientes con trasplante renal durante el periodo de aislamiento post-operatorio.

2.4 Método: Se describirán los detalles del diseño, la muestra, instrumentos y procedimiento del presente estudio:

2.4.1 Diseño: cuasi- experimental, series de tiempo interrumpidas, N=1 con medidas repetidas.

2.4.2 Muestra: Participaron 2 pacientes: una mujer de 39 años y un hombre de 22 años, quienes recibieron un trasplante de donador vivo relacionado.

2.4.2.1 Criterios de inclusión: Pacientes con enfermedad renal aceptados por el Sub-Comité de Trasplantes como candidatos aptos para recibir un riñón, que su participación en el presente estudio sea voluntaria, firmar el formato de consentimiento informado (Anexo 1) y tener fecha para la cirugía programada.

2.4.2.2 Criterios de exclusión: Pacientes que rehusaron participar en el protocolo o que retiraron su consentimiento en cualquier momento del mismo.

2.4.3 Variables dependientes: Se medieron cuatro variables subjetivas: dolor, ansiedad, aburrimiento y estado de ánimo. Los pacientes debían responder de acuerdo a su percepción en una escala del 1 al 10. También se realizaron mediciones

objetivas (psicofisiológicas) de acuerdo a los valores obtenidos en un monitor: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial.

2.4.4 Variable Independiente: Se utilizó la técnica de distracción cognitiva pasiva a través de una sesión diaria de música de 30 minutos de duración. Las canciones de cada sesión se eligieron según el modo aleatorio de reproducción a partir de una lista de 20 canciones elegidas previamente por el paciente. Esta técnica es una variación de la intervención aplicada por Madson y Silverman (2010).

2.4.5 Variables Extrañas: Dado que el experimento se llevó a cabo en un escenario aplicado, las variables extrañas fueron numerosas. Se identificaron algunas que pudieron haber influido tanto en la percepción subjetiva del paciente, como en sus variables fisiológicas, por ejemplo: consumo de alimentos, cambio de posición de la paciente (de reposo a caminata), evacuación, intrusión del equipo de enfermería, intrusión de familiares.

2.4.6 Instrumentos: Para medir las variables subjetivas se utilizó una escala propuesta por el investigador: se les preguntó verbalmente a los pacientes su nivel de dolor, ansiedad, aburrimiento y estado de ánimo en una escala del 1 al 10; donde 1 representaba en cada escala: sin dolor, sin ansiedad, sin aburrimiento y alegría; mientras que el 10 simbolizaba el máximo nivel de dolor, el máximo nivel de ansiedad, el máximo nivel de aburrimiento y tristeza, respectivamente. Se decidió obtener los datos a través del reporte verbal del paciente, ya que de esta forma no era necesario entrar al cuarto aislado ni introducir objetos posiblemente contaminados. Los valores fisiológicos se obtuvieron de la lectura del monitor de apoyo al que estaban conectados los pacientes.



2.4.6.1 Definición de variables: Para aclarar los conceptos que se evaluaron en los pacientes, a continuación se presentan las definiciones de todas las variables, tanto dependientes como independientes:

- Valoración subjetiva (variables dependientes): En el área de medición, se define a una escala como un “patrón, conjunto, medida o estimación, regular de acuerdo con algún estándar o tasa, respecto de una variable” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Las escalas se utilizan para “evaluar la magnitud o intensidad del estado subjetivo del cliente” (Cormier y Cormier, 2000); además pueden establecerse con diversas gradaciones de los estados de ánimo. Se midieron 4 variables en una escala subjetiva:

a) Dolor: Operacionalmente se define en tres áreas: *fisiológica* como la hiperactividad autonómica (palpitaciones, sudoración, respiración cortada, boca seca, náusea y/o problemas para tragar), *motriz* como la tensión (cansancio, temblor, tensión muscular) y *cognitiva* como hipervigilancia (problemas en atención y concentración, problemas para dormir e irritabilidad general) (DeGood, Crawford & Jongsma, 1999).

b) Aburrimiento: Cansancio, fastidio o tedio, originados generalmente por disgustos o molestias, o por no contar con algo que distraiga y divierta (Real Academia española, 2010).

c) Ansiedad: Desde la teoría conductual se define como “un estímulo que, de manera característica, precede a un refuerzo negativo intenso que tiene vastos efectos. Evoca una conducta que ha sido condicionada por la reducción de amenazas similares y provoca también respuestas emotivas [...]. Indica un conjunto de predisposiciones emotivas atribuidas a una circunstancia especial.”

(Skinner, 1971). La ansiedad se caracteriza por síntomas físicos como temblor, hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones; y síntomas cognitivos como aprehensión, inquietud, hipervigilancia, insomnio y distractibilidad (Martí & Lasheras, 2003).

d) Estado de ánimo: Ánimo profundo que prevalece en la vida afectiva del sujeto de forma duradera y que puede seguir un patrón cíclico. Su alteración se asocia a síntomas como las alteraciones del apetito, del sueño o el impulso sexual. Además del ánimo normal puede transitar de la alegría a la tristeza (Martí & Lasheras, 2003).

- Mediciones fisiológicas: Las medidas psicofisiológicas son fáciles de registrar y pueden minimizar el sesgo introducido por el terapeuta sobre la conducta. Se eligieron 4 debido al fácil acceso a ellas a través del monitor:

a) Frecuencia respiratoria: Número de respiraciones en reposo, en condiciones normales es aproximadamente de 14 por minuto. Puede aumentar en la fiebre, las infecciones pulmonares agudas, la fibrosis pulmonar difusa, la gangrena gaseosa, la insuficiencia ventricular izquierda, la tirotoxicosis y los estados de tensión. Mientras que disminuye cuando se presentan lesiones encefálicas, durante un estado de coma o en la sobredosis de narcóticos (Mosby, 1994).

b) Frecuencia cardíaca: Es la frecuencia del pulso calculada mediante el recuento del número de contracciones ventriculares por unidad de tiempo. Se considera que existe taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto y bradicardia cuando es inferior a 60 latidos por minuto (Mosby, 1994).

c) Temperatura Periférica: Es una respuesta psicofisiológica del sistema nervioso autónomo debida a una vasoconstricción o actividad del músculo liso, que se presenta en las personas ante un estado de estrés y/o ansiedad. El efecto es más pronunciado en las extremidades como en los dedos de las manos y pies (Schwart et. Al, 2003).

d) Presión o tensión arterial: Fuerza ejercida por la sangre que bombea el ventrículo derecho del corazón sobre las paredes de las arterias. El nivel de la presión arterial en un individuo es el producto del gasto cardíaco por la resistencia vascular sistémica. La presión arterial suele medirse con un esfigmomanómetro y un estetoscopio; y sus cifras se alteran en situaciones de estrés, hiper o hipovolemia y bajo la administración de distintos fármacos (Mosby, 1994).

- Distracción cognitiva (variable independiente): Se refiere a la desviación de la atención de un estímulo aversivo a uno agradable o neutro. La distracción cognitiva puede ser pasiva (sensorial) o activa (motriz) (Crawford-Walker, King & Chan, 2008; Pickett & Clum, 1982). En la presente investigación el objetivo de la sesión de música fue desviar la atención que el paciente prestaba a estímulos aversivos (dolor, ansiedad, aburrimiento y tristeza) hacia estímulos agradables (su música preferida).

2.4.7 Procedimiento: Se dividió en dos etapas: la primera fue de preparación en la que se informó a los pacientes sobre el propósito y procedimiento del estudio y se les preguntó si deseaban participar, esto uno días antes de la cirugía. Si su respuesta era afirmativa se les pedía firmar el consentimiento informado. Posteriormente, se les pidió que enlistaran 20 canciones, considerando como criterio de elección que fueran

melodías que “te hagan sentir bien y tranquilo(a)”. La selección propuesta por cada paciente se revisó para conocer los contenidos de las letras así como los ritmos elegidos.

La segunda etapa del procedimiento consistió en la aplicación de la distracción cognitiva. Para ello, durante el periodo de aislamiento posterior a la cirugía de trasplante, diariamente se llevó a cabo una sesión de 30 minutos de música tocada en forma aleatoria. Se utilizó un reproductor de mp3 y unas bocinas portátiles previamente esterilizados. Las sesiones se llevaron a cabo todos los días a la misma hora y podían ser interrumpidas si el paciente así lo expresaba. En cada sesión se midieron todas las variables subjetivas y fisiológicas en cuatro ocasiones: 15 minutos antes del inicio de la sesión (pre test 1), al inicio de la sesión (pre test 2), al término de la misma (post test 1) y 15 minutos después del término (post test 2). Las primeras dos mediciones registradas (pre-test) constituyeron una línea base de dos puntos, mientras que las dos mediciones posteriores conformaron el post test. Se realizaron comparaciones entre la línea base y los post test para observar posibles cambios en las variables dependientes atribuibles a la intervención.

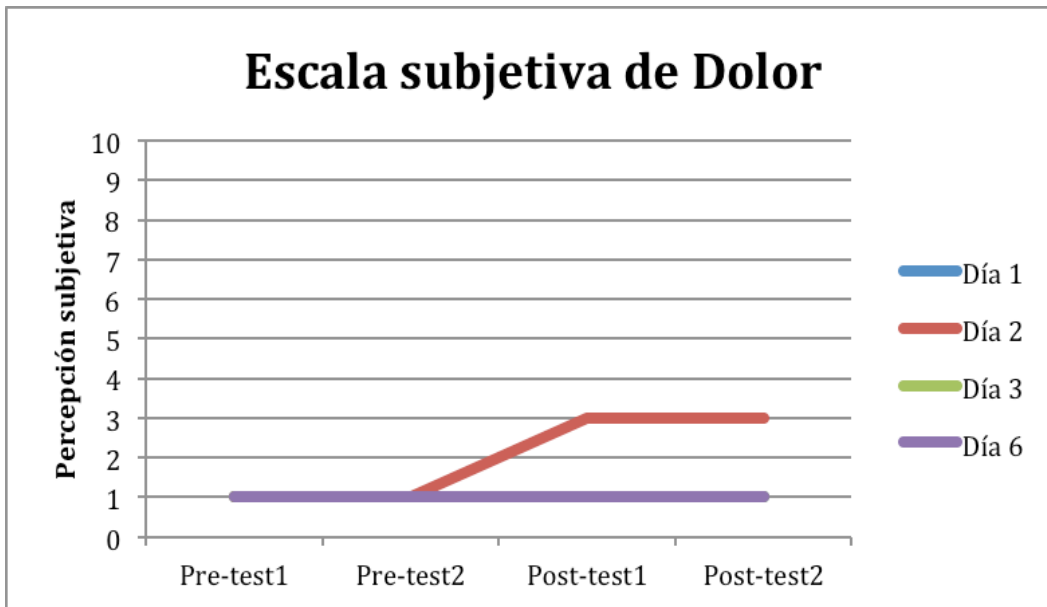
3. RESULTADOS: A continuación se describe brevemente a cada paciente, así como los resultados obtenidos en las variables subjetivas y psicofisiológicas para cada uno de ellos.

### 3.1 CASO 1: SCS

3.1.1 Ficha de Identificación: Paciente masculino de 22 años de edad, con nivel educativo de secundaria concluida; desempleado, de religión católica, soltero, quien es originario y residente del Estado de Tlaxcala. Vive con ambos padres y dos hermanos menores de 21 y 16 años.

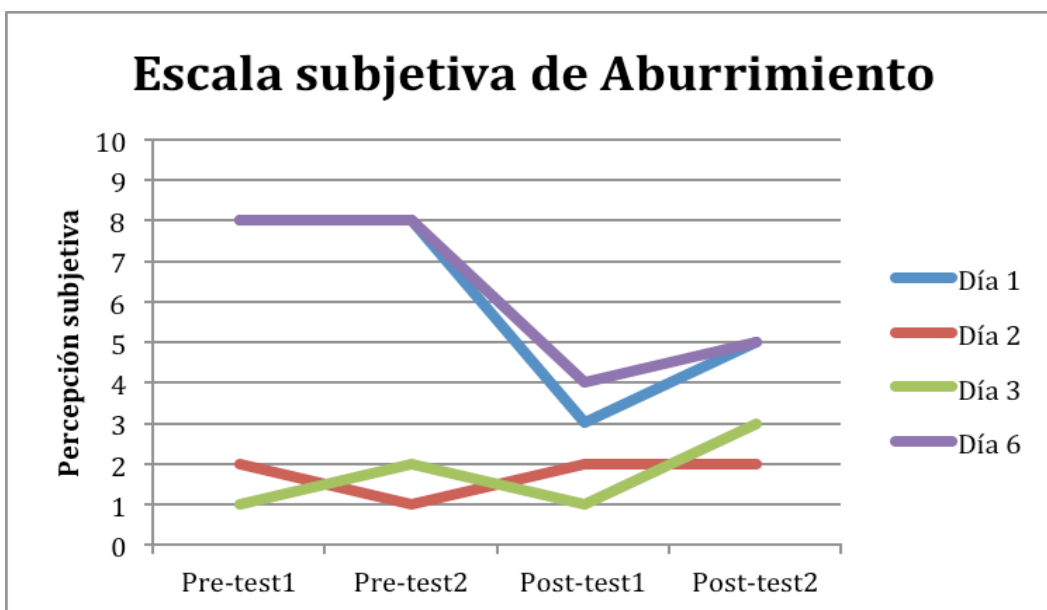
3.1.2 Evolución del padecimiento: El paciente SCS fue diagnosticado con Insuficiencia renal en el año 2007. Inició tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Recibió un trasplante renal de donador cadavérico en abril de 2009 que fue retirado a los pocos días por disfunción del injerto debido a una trombosis. Continúo con tratamiento de hemodiálisis y retomó protocolo de trasplante en 2010, ésta vez de donador vivo relacionado por parte de su padre. En octubre de 2011 recibió trasplante heterotópico de donador vivo, sin complicaciones durante la cirugía ni el periodo post-operatorio, siendo egresado 8 días después.

3.1.3 Resultados: En las siguientes gráficas (de la 1 a la 4), se muestran los reportes subjetivos del paciente SCS en cuanto a dolor, aburrimiento, ansiedad y tristeza. Se representa la evaluación subjetiva en el eje de las Y's del 1 al 10, donde el número 1 representa sin dolor, sin aburrimiento, sin ansiedad y alegría, respectivamente. Mientras que el número 10 representa el dolor máximo, mucho aburrimiento, mucha ansiedad y tristeza, también respectivamente. En el eje de las X's se representan las 4 mediciones realizadas: 2 de línea base y 2 de post-test.



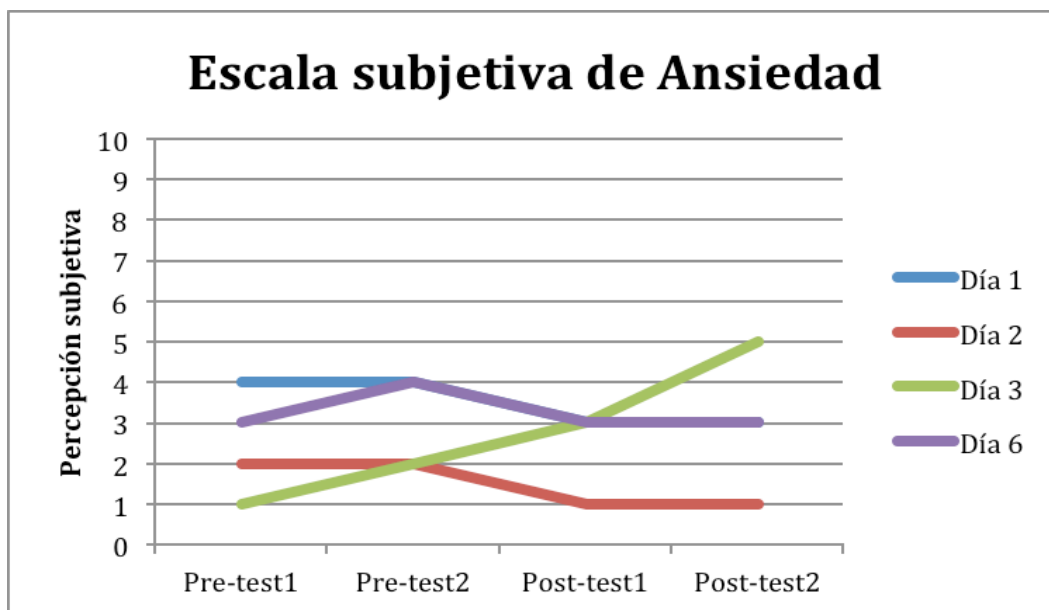
Gráfica 1. Evaluación subjetiva del dolor del paciente SCS

La gráfica 1 muestra que la evaluación subjetiva del dolor, la cuál se mantiene en niveles mínimos, a excepción del día 2 que aumentó debido que el paciente se arrancó la cinta adhesiva, lo cuál le produjo dolor.



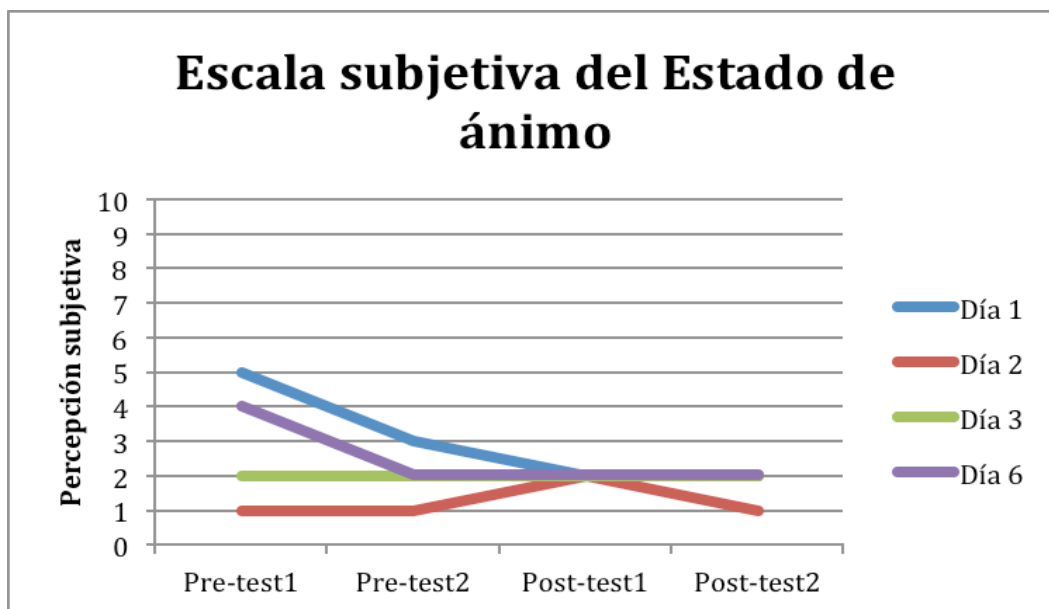
Gráfica 2. Evaluación subjetiva del aburrimiento del paciente SCS

En la gráfica 2, observamos que los días 1 y 6 de aislamiento los datos de la evaluación subjetiva de aburrimiento disminuyeron después de la sesión, recuperándose ligeramente 15 minutos después de la misma. Durante el tercer día los datos subjetivos también disminuyeron a excepción del post-test, el cuál aumentó a los 15 minutos, mientras que el día 2, fue el único día en el que aumentó la evaluación subjetiva de aburrimiento después de la sesión, manteniéndose igual en el segundo post-test.



Gráfica 3. Evaluación subjetiva de la ansiedad en el paciente SCS.

La gráfica 3 muestra que la evaluación subjetiva de Ansiedad, en los días 1, 2 y 6 disminuyó después de la sesión de música y se mantuvo al mismo nivel en la segunda medición post-test (15 minutos después de la misma). Mientras que en el día 3, la evaluación subjetiva de ansiedad fue aumentando progresivamente, no se pudo identificar ninguna variable que pudiera estar relacionada con dicho aumento.

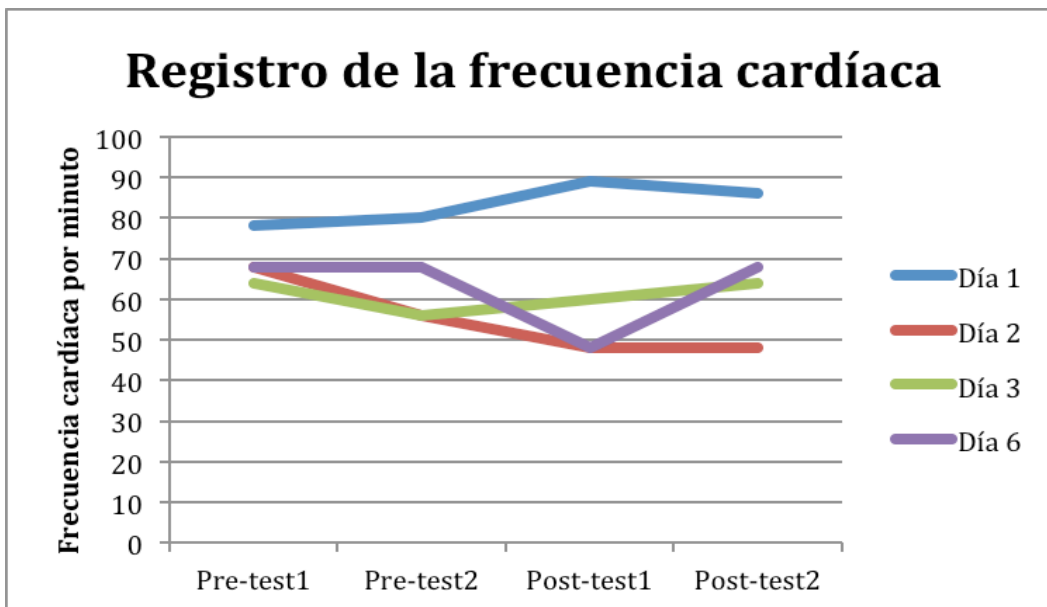


Gráfica 4. Evaluación subjetiva del estado de ánimo del paciente SCS

Finalmente, en la gráfica 4 observamos mayor variabilidad en la evaluación del estado de ánimo: el día 1 mejoró incluso antes de la sesión, después de la misma mejoró discretamente y se mantuvo en el post-test. El día 2, aumentó la evaluación reflejando menor alegría después de la sesión, pero regresando al estado basal después de la misma. El tercer día, se mantuvo constante en las 4 mediciones, mientras que el sexto día, el estado de ánimo mejoró de la primera medición a la segunda (antes de la sesión) y se mantuvo en ese nivel en las dos mediciones post-test.

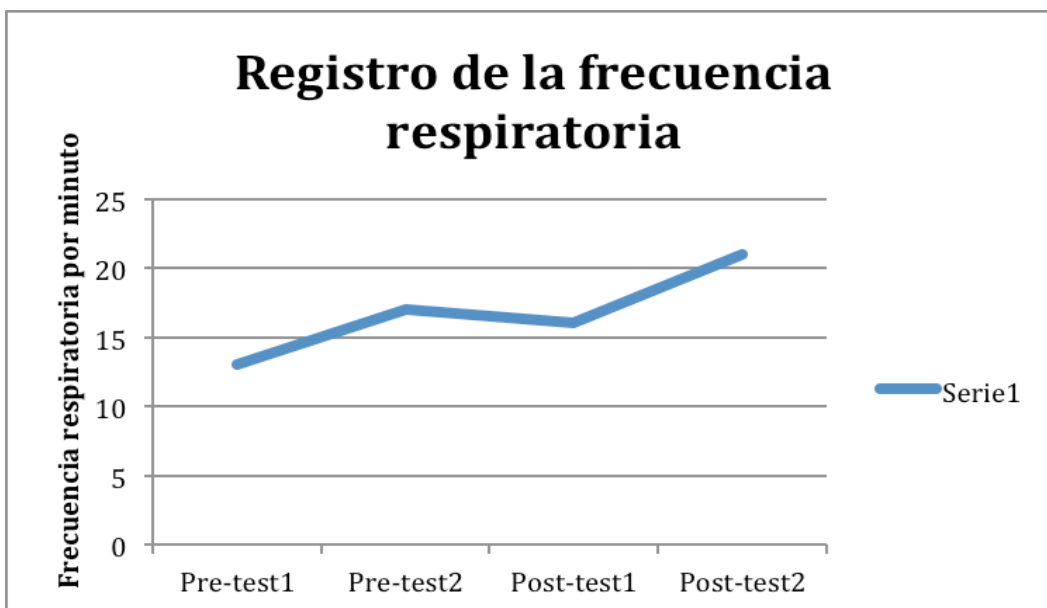
Las variables fisiológicas se muestran en las gráficas 5 y 6 a continuación. El primer día se contó con un monitor, por lo que se pudieron recolectar más datos, sin embargo, los siguientes días solamente se pudo medir la frecuencia cardiaca. El día 4 y 5 de aislamiento, el paciente rehusó la sesión, por lo que no se recolectaron datos esos días.





Gráfica 5. Frecuencia cardíaca en el paciente SCS

La frecuencia cardíaca representada en la gráfica 5 aumentó después de la sesión de música en los días 1 y 3, mientras que los días 2 y 6 disminuyó, aunque en el sexto día se recuperó en el post-test sin alcanzar los niveles iniciales.



Gráfica 6. Frecuencia respiratoria en el paciente SCS.

La gráfica 6 representa frecuencia respiratoria, aunque sólo se pudo medir el primer día, aumentando antes de la sesión, disminuyó ligeramente después de la misma y siguió aumentando en la cuarta medición realizada.

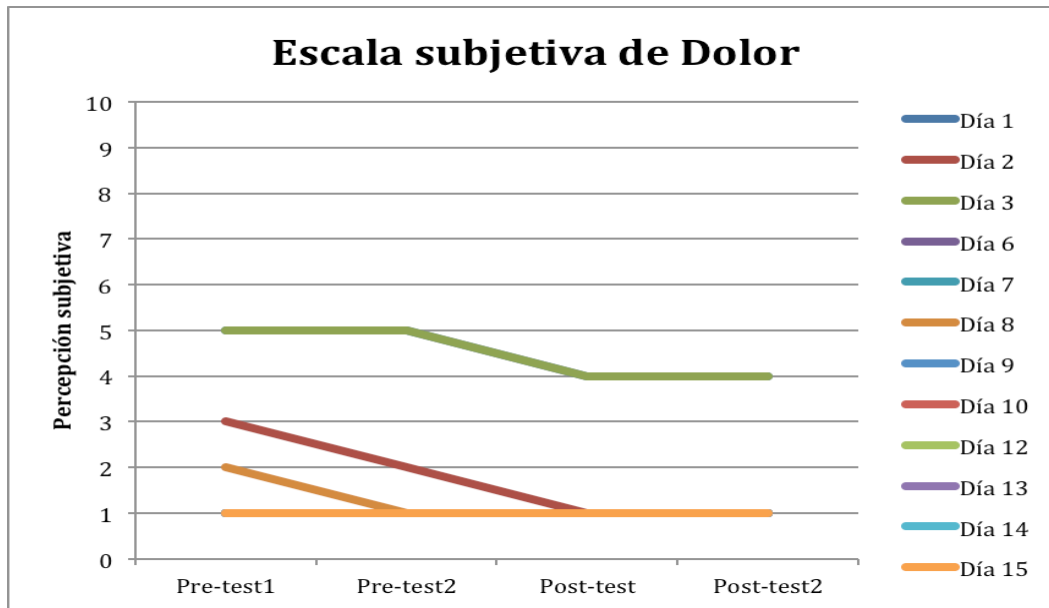
### 3.2 CASO 2: DLGF

3.2.1 Ficha de Identificación: Paciente femenino de 39 años de edad, con nivel educativo de licenciatura en diseño gráfico, actualmente empleada por contratos; de religión evangélica, soltera; originaria y residente de Tegucigalpa, Honduras. Vive actualmente con su madre en la Ciudad de México. El apoyo social lo obtiene de su novio, sus amigos y algunos primos.

3.2.2 Evolución del padecimiento: La paciente DLGF fue diagnosticada con Insuficiencia renal en el año 2007. Inició con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Comenzó el protocolo de trasplante en su país de origen, sin embargo no pudo concretarse debido a la falta de recursos materiales y humanos, por lo que decide viajar a la Ciudad de México para ser intervenida. En octubre del año 2011 reinició el protocolo de trasplante y posteriormente durante el mismo mes recibió trasplante heterotópico de donador vivo relacionado por parte de su primo hermano. No se reportaron complicaciones durante la cirugía, pero durante el periodo post-operatorio la paciente desarrolló un cuadro infeccioso, por lo que el equipo médico decidió prolongar su estancia hospitalaria. Fue egresada 21 días después de la cirugía.

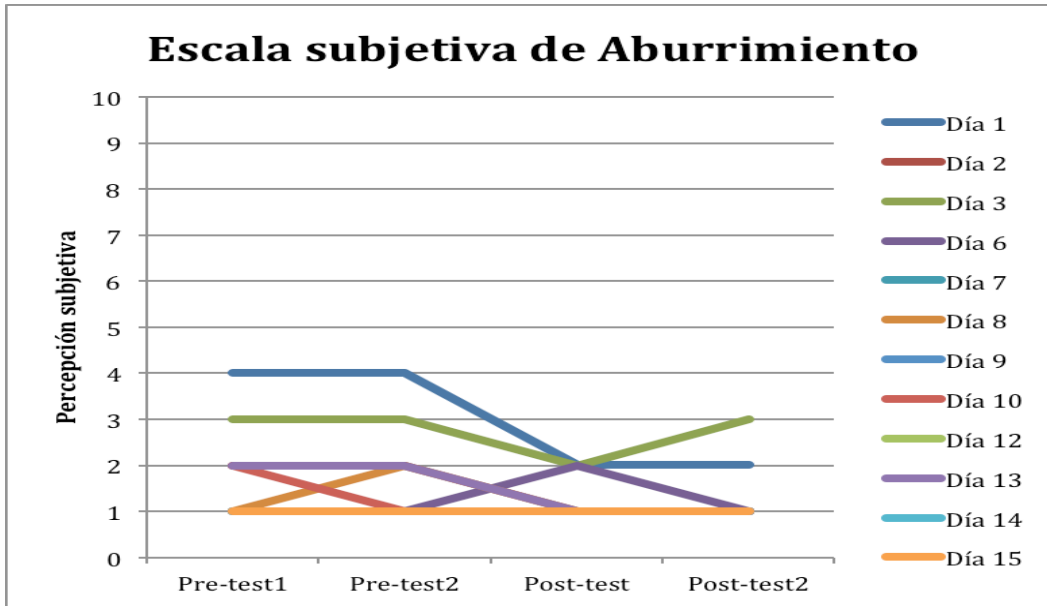
3.2.3 Resultados: En las siguientes gráficas (de la 7 a 10) se muestran los reportes subjetivos de la paciente en cuanto a dolor, aburrimiento, ansiedad y tristeza. Se representa la evaluación subjetiva en el eje de las Y's del 1 al 10, donde el número 1 representa sin dolor, sin aburrimiento, sin ansiedad y alegría, respectivamente. Mientras que el número 10 representa el dolor máximo, mucho aburrimiento, mucha

ansiedad y tristeza, también respectivamente. En el eje de las X's se representan las 4 mediciones realizadas: 2 antes de la sesión (línea base) y 2 después (post-test).



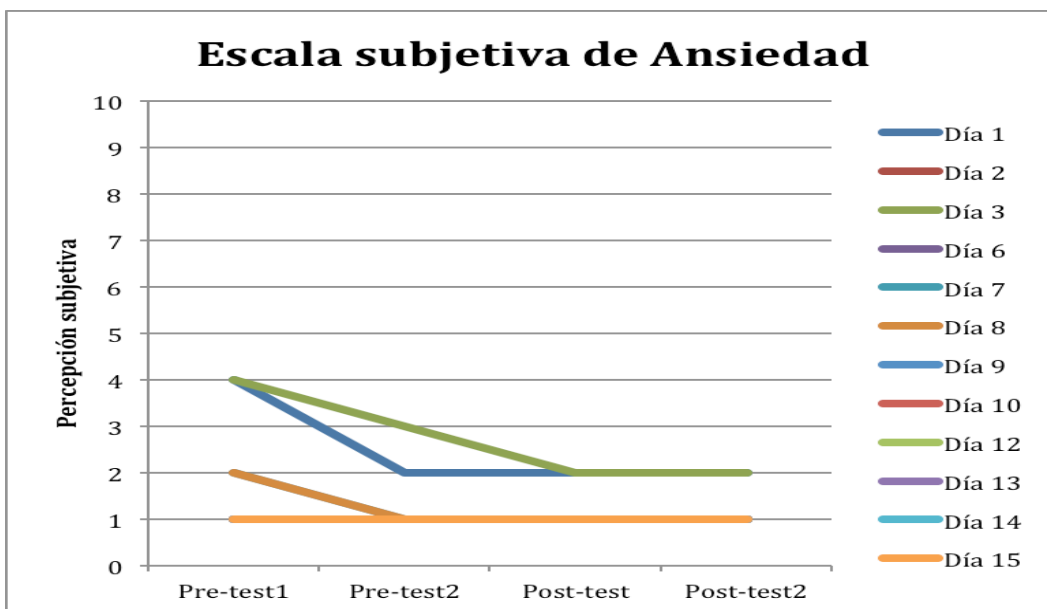
Gráfica 7. Evaluación subjetiva del dolor de la paciente DLGF

La gráfica 7 muestra que la valoración subjetiva del dolor disminuyó después de la sesión de música y se mantuvo 15 minutos después. En los días 2 y 8 los resultados de la evaluación disminuyeron incluso antes de la sesión, mientras que en los últimos días no hubo disminuciones en los valores subjetivos debido a que la paciente ya reportaba el nivel mínimo de dolor.



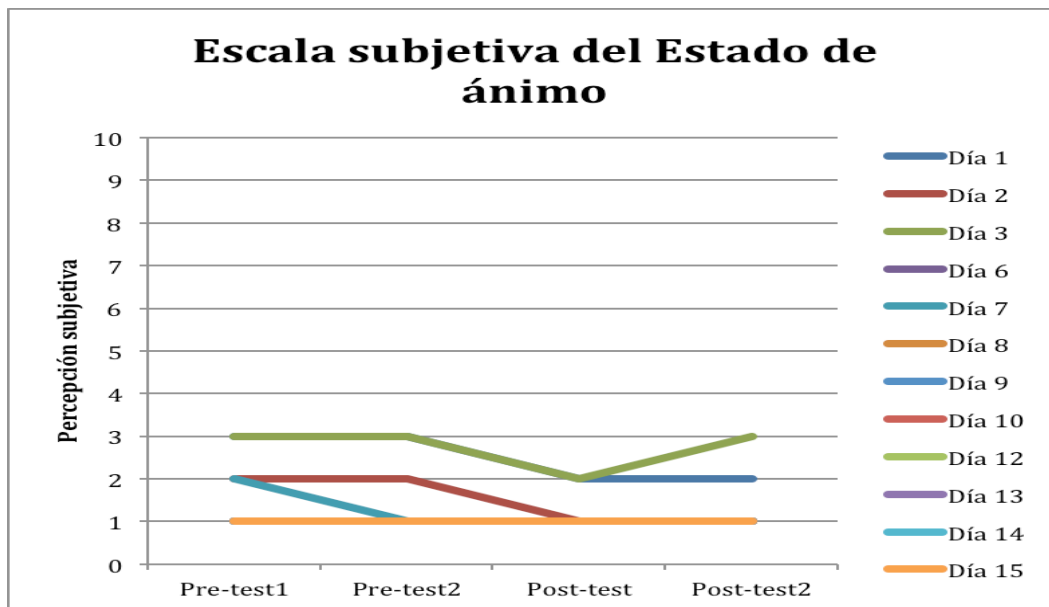
Gráfica 8. Evaluación subjetiva del aburrimiento de la paciente DLGF

En la gráfica 8 se representan las cifras de valoración subjetiva del Aburrimiento, donde también observamos que disminuyeron después de la sesión, manteniéndose al mismo nivel en 10 de los 12 días. El día 6 aumentó un punto después de la sesión mientras que en la mayoría de los últimos días se mantuvo estable en el nivel mínimo.



Gráfica 9. Evaluación subjetiva de la ansiedad de la paciente DLGF

En cuanto a los datos de la escala subjetiva de Ansiedad representada en la gráfica 9, muestra que por varios días la ansiedad se mantuvo estable en el nivel mínimo, mientras que durante los demás días disminuyó después de la sesión de música y se mantuvo así, 15 minutos después de la misma.

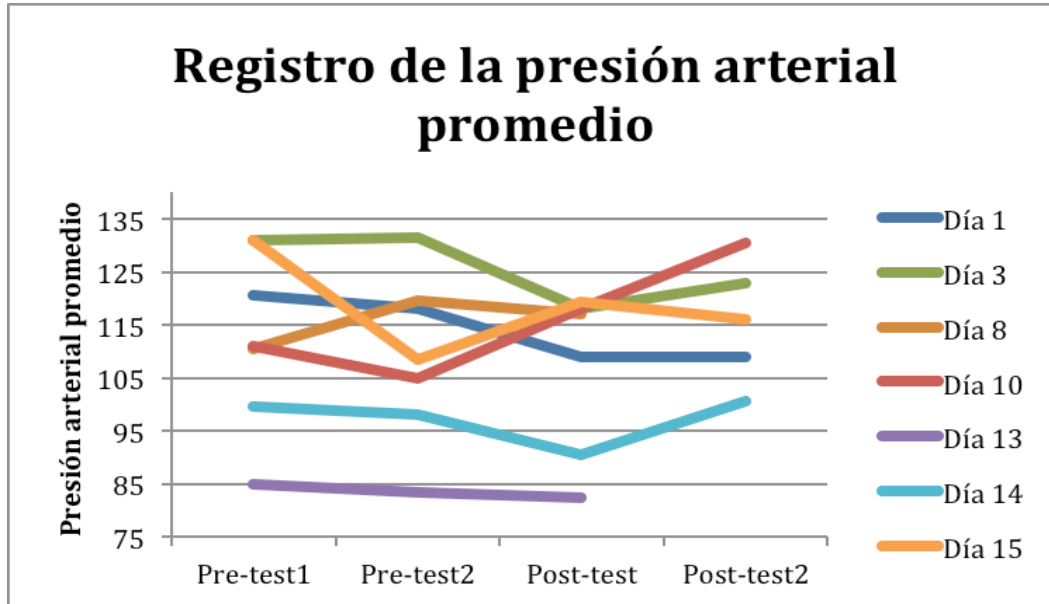


Gráfica 10. Evaluación subjetiva del estado de ánimo de la paciente DLGF

En la gráfica 10 observamos los datos de la evaluación del estado de ánimo de la paciente, la cual muestra que los puntajes tienden a bajar después de la sesión de música y se mantienen así en la medición post-test. El día 3 fue una excepción, ya que aumentó 1 punto en las mediciones post-test. Mientras que el día 7 disminuyó incluso antes de la sesión y otros días se mantuvo constante en el nivel 1 que reflejaba alegría.

Las variables fisiológicas se representan en las gráficas 11 y 12. Estas variables no pudieron ser registradas en su totalidad debido a una disfunción en los sensores del monitor, por lo que solo se realizó la toma de presión arterial y en dos días la de

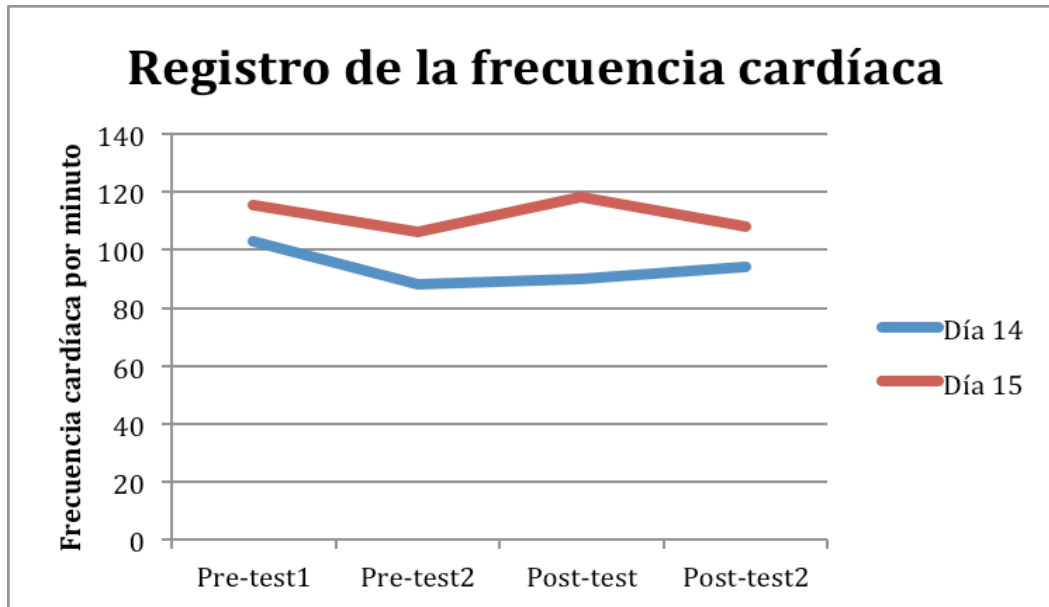
frecuencia cardíaca. Algunos días no se llevó a cabo la sesión, o bien fue interrumpida por diferentes motivos, por lo que esos días no se registró ningún dato. Entre las razones por las que se interrumpió la sesión están: estreñimiento de la paciente (día 4), la paciente se quedó dormida durante la sesión (día 5) y por una toma de placa de rayos xs (día 11).



Gráfica 11. Presión arterial de la paciente DLGF

En la gráfica 11 se representan las mediciones de la presión arterial. Los datos de los días 2, 6, 7, 9 y 12 se eliminaron ya que se identificaron artefactos que podrían haberla alterado. Los artefactos se representaron como irrupciones del equipo de enfermería al cuarto aislado, el canto de la paciente con gesticulaciones exageradas con las manos, las irrupciones familiares, cambios de postura (de acostada a sentada o de reposo a caminata) e ingesta de alimentos. Al analizar las mediciones de los días en que no se identificaron artefactos, se aprecia que el primer día la presión disminuyó desde del primer pre-test. Los días 3 y 14 las mediciones disminuyeron significativamente después de la sesión aunque aumentaron en el segundo post-test. El día 10, la presión disminuyó en el segundo pre-test pero aumentó gradualmente en

las mediciones posteriores. En los días 13 y 15 no hubo registro de la cuarta medición, pero se observa que el día 13 este disminuyó ligeramente y el 15 aumentó para posteriormente disminuir al término la sesión.



Gráfica 12. Frecuencia cardíaca de la paciente DLGF

Finalmente, en la gráfica 12 se observa la representación de la frecuencia cardíaca, la cuál solamente se registró los últimos dos días. Podemos observar que la frecuencia disminuye en la segunda medición pre-test para aumentar ligeramente en el pos-test.

#### 4. DISCUSIÓN

De acuerdo a estudios previos, la distracción cognitiva hace que el paciente se enfoque en el estímulo introducido por el experimentador, restando atención a otros estímulos o sensaciones desagradables, disminuyendo así la percepción de gravedad de estas últimas (Vasterling, Jenkins, Tope & Burish, 1993). En el presente estudio el estímulo introducido como variable independiente fue la música; mientras que en los desagradables (a los que el paciente debería prestar menos atención) fueron el aburrimiento, la ansiedad, la tristeza y el dolor. De la misma manera que en el estudio realizado por Madson y Silverman (2010), la presente investigación reporta mejoría en las variables de percepción subjetiva después de la sesión de distracción cognitiva con música. La variable de “aburrimiento” fue la que mostró cambios más positivos, mientras que los niveles de ansiedad, estado de ánimo y dolor, también mostraron cambios pero menos evidentes. Estos resultados coinciden con la literatura revisada en donde se reportó que la distracción cognitiva en sus diferentes formas disminuye el distres psicológico (Cervera, Ruano, Machado & Capilla, 2012; Crawford-Walker, King & Chan, 2008; Moix-Queraltó, 1994; Pickett & Clum; 1982; Vasterling et al., 1993; Madson y Silverman, 2010). Existe la posibilidad de que dicha mejoría se refleje también en una mayor satisfacción con la estancia hospitalaria aunque dicha variable no se midió directamente.

A partir del sexto día de aislamiento, los pacientes reportaron niveles mínimos en las variables subjetivas, por lo que en esos días no se observaron grandes cambios antes y después de la sesión; sin embargo, se puede pensar que la música ayudó a mantener la percepción subjetiva en niveles mínimos. Lo anterior pudo contribuir a la mejora de los posibles problemas psicológicos o psiquiátricos esperados en los pacientes aislados (Sasaki, et al. 2000). En algunas ocasiones, sobre todo en las últimas sesiones, la percepción subjetiva mejoró ligeramente antes del inicio de la sesión de música, aunque el cambio fue mayor después de la misma. La investigadora considera que los pacientes desarrollaron un



condicionamiento ante la situación experimental, en el cual la percepción subjetiva cambiaba antes del inicio de la intervención debido a la presencia de estímulos discriminativos que anunciaban el inicio de la misma, tales como la mera presencia del experimentador al realizar las mediciones de línea base (Madson y Silverman, 2010).

A diferencia de la intervención propuesta por Madson y Silverman (2010), que incluyó dos técnicas terapéuticas (la música y el reforzamiento verbal), la intervención propuesta en la presente investigación tiene la ventaja del uso de una sola técnica (distracción cognitiva). De esta forma los resultados obtenidos pueden ser atribuidos a la única técnica utilizada. Sin embargo, es necesario comparar los resultados obtenidos a través de la distracción cognitiva con los resultados de otras técnicas cognitivo-conductuales, para conocer la efectividad de cada una de ellas en la situación y población específicas en las que se desarrolló la presente investigación. También es necesario realizar más investigaciones para obtener datos, que determinen la replicabilidad de los mismos y comparar los resultados con un grupo control, es decir, pacientes trasplantados en aislamiento que sean sometidos a otra intervención diferente.

En cuanto a las variables psicofisiológicas que se registraron, es más difícil distinguir un patrón en los cambios de los datos obtenidos. Se considera que los diferentes ritmos de la sesión de música pudieron haber influido en los cambios mencionados, ya que existe evidencia en la literatura previa sobre la influencia que pueden tener dichos ritmos tanto en los estados emocionales como en los fisiológicos (Egozcue, 2005). Además, una de las instrucciones que se les dio a los pacientes para elegir la música fue: “que sean canciones que te hagan sentir bien y/o tranquilo(a)”; por lo que se infiere que existen asociaciones previas entre dichas canciones y estados de bienestar/tranquilidad o recuerdos agradables que podrían ser evocados durante las sesiones. Con el segundo paciente se llevó a cabo un número mayor de registros, lo que ayudó a identificar mejor un patrón en las mediciones de presión arterial. La baja en las lecturas de los registros de la presión arterial podría interpretarse como una

disminución del estrés después de la sesión de música. Los resultados de la presente investigación coinciden con lo reportado en estudios previos, donde mencionan que la distracción cognitiva disminuye la ansiedad, el estrés y el dolor ante diversas condiciones médicas (Cervera, Ruano, Machado & Capilla, 2012; Crawford-Walker, King & Chan, 2008; Moix-Queraltó, 1994; Pickett & Clum; 1982; Vasterling, Jenkins, Tope & Burish, 1993).

En los pacientes trasplantados existen otras variables que podrían estar involucradas en las altas y bajas de la presión arterial, como por ejemplo el balance de líquidos, los efectos secundarios de los medicamentos, la disminución de los azoados, etc. No obstante, dichas variables disminuyen de forma constante en los pacientes trasplantados con injerto funcional; por lo tanto podrían explicar la disminución de la presión arterial promedio a través de los días, pero difícilmente se les podrían atribuir los cambios durante los 30 minutos de duración de la intervención. A pesar de los cambios observados en las variables psicofisiológicas de cada paciente antes y después de la intervención, no se pudieron realizar comparaciones entre los pacientes. Esto debido a los diferentes registros efectuados en cada paciente. Dichas comparaciones ayudarían a observar patrones consistentes o bien se podrían estudiar las variables que provocan las diferencias, en caso de encontrarlas.

En el presente estudio participaron únicamente 2 pacientes debido a que otros 4 pacientes no pudieron ser incluidos. Tres de los pacientes no incluidos fueron observados para conocer los principales problemas psicológicos que presentaron durante sus periodos de aislamiento. Esa información se utilizó para determinar las variables subjetivas que serían evaluadas en el experimento. El cuarto paciente fue un receptor de donación cadavérica, al ser una cirugía no programada, no logró entregar su lista de canciones; eliminando así la posibilidad de aplicar la técnica. Se decidió interpretar los resultados de los dos pacientes evaluados como estudios de caso, siendo las limitaciones del presente trabajo las siguientes:

- La generalización de los resultados esta restringida por el pequeño número de participantes, aunque los hallazgos de la literatura revisada indican que existe la posibilidad de generalización de los resultados si se estudian muestras más grandes (Madson y Silverman, 2010).
- Algunas características del experimentador pudieron haber influido en los resultados como por ejemplo: su personalidad, las expectativas que tenía respecto al paciente, el trato que tuvo con los pacientes, el nivel de empatía entre experimentador-paciente, etc. Aunque no se descarta la posibilidad de su existencia, no se detectaron diferencias de trato entre los dos pacientes incluídos en el presente estudio.
- Las características físicas del hospital (temperatura, luz, personal, acceso a servicios, etc) que pudieron influir en el estado físico y mental del paciente.
- El aprendizaje de los pacientes a través de las sesiones, ya que se observó una disminución en los valores subjetivos incluso antes del inicio de la sesión de música.
- La magnitud del cambio es subjetiva ya que sólo se analizaron las gráficas, comparando la línea base contra el post-test. La interpretación de dichos cambios podría variar entre los observadores (McGuigan, 1997; Kerlinger & Lee, 2002):

Dentro de las ventajas de los estudios de caso podemos mencionar que este tipo de diseño permite estudiar extensamente a cada individuo, además de que no se requieren de análisis estadísticos para evaluar los resultados, siendo el paciente su propio control. Dado que los pacientes trasplantados son una población pequeña en nuestro país; los estudios de caso permiten el trabajo con una muestra mínima. La ventaja más importante de la presente investigación es que se obtiene significancia clínica o práctica, es decir, es posible conocer el impacto que el tratamiento tuvo sobre cada paciente. Esto hace que los diseño de estudios de caso sean ideales para situaciones aplicadas, tales como el trabajo psicológico en un ambiente hospitalario. En éste punto podemos mencionar que los resultados obtenidos por medio de las

escalas subjetivas, es decir, la disminución en la percepción del dolor, la ansiedad, el aburrimiento y la mejora en la percepción del estado de ánimo; podrían disminuir la asociación de experiencias desagradables en el hospital. Dicha disminución podría afectar a futuro la predisposición del paciente a la estancia hospitalaria y a las posibles complicaciones psicológicas observadas durante la misma (Kerlinger & Lee, 2002; Pérez –San Gregorio, Martín & Galán, 2005).

## 5. CONCLUSIONES

Se sugiere que en futuros estudios se replique esta investigación con una muestra mayor de participantes para poder comprobar y generalizar los resultados observados. Con ello se obtendría un mejor control sobre las variables dependientes lo que ayudaría a esclarecer los cambios que ocurren con la intervención propuesta. Sin embargo, debido al tipo de población que se estudió es difícil obtener una muestra grande de pacientes trasplantados. Por esto el presente estudio podría replicarse con una muestra de 2 pacientes con características similares si se registran las mismas variables durante el mismo número de sesiones; dándole mayor validez a las comparaciones que se pueden realizar.

También es necesario averiguar si otras variables influyeron y en que medida lo hacen, como por ejemplo: el contacto social del experimentador con el paciente, algunas variables sociodemográficas (género, edad) y médicas (tipo de trasplante, evolución del mismo). Si se cuenta con el equipo necesario, se sugiere realizar mediciones durante la sesión de música (sin interrumpirla) para tener un mejor control experimental, así como para identificar y disminuir la cantidad de variables extrañas (McGuigan, 1997). Finalmente se propone, realizar acuerdos estrictos con el personal de salud del servicio para mejorar el control de las variables ambientales y por lo tanto, también disminuir el número de variables extrañas presentes en la situación experimental.

En cuanto a la intervención propuesta, se concluye que la distracción cognitiva (en éste caso la música) de las variables de dolor, aburrimiento, ansiedad y estado de ánimo, es una técnica fácil de aplicar que puede tener un efecto positivo al modificar la percepción subjetiva de los pacientes. Ésta técnica también tiene efectos similares a los que proporciona la relajación, por lo que si no se puede realizar esta última, la distracción cognitiva se debe considerar como una opción. Se sabe que en los pacientes que recibieron un trasplante, las

técnicas de relajación (respiración diafragmática, tensión - distensión, relajación progresiva, etc.) no son recomendadas, ya que pueden presentar efectos adversos debido a la cirugía reciente a la que han sido sometidos y a la ingesta de medicamentos contra el dolor e hipertensivos (Cormier & Cormier, 2000). Además, la distracción cognitiva propuesta en el presente estudio, podría disminuir la asociación de experiencias desagradables con la estancia hospitalaria, lo que contribuiría a la disminución de complicaciones psicológicas como ansiedad y/o depresión en hospitalizaciones posteriores (Pérez-San Gregorio, Martín & Galán, 2005).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, P., Chaparro, L. & Rey, C. (2008) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26.
- Alcázar, R., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D. & Reynoso, L. (2001) Valoración psicológica para el trasplante renal, *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(1), 19-23.
- Alcázar, R (2002) Reporte de experiencia profesional, tesis maestría, U.N.A.M.
- Ayala, M. (2006) Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células: Mitos y realidades, Ed. Trillas, México.
- Centro Nacional de Trasplantes (2011) Estadísticas [[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_estadisticas.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html)] México.
- Centro Nacional de Trasplantes (2012) Trasplante [[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_tiempo\\_registro.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_tiempo_registro.html)] México.
- Cervera, I., Ruano, T., Machado, A. & Capilla, R. (2012) Eficacia de un programa cognitivo-conductual en formato grupal para disminuir el estrés y la ansiedad, *Interpsiquis*, 13vo Congreso Virtual de psiquiatría.com, 1-11.
- Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Canteras, M., Rodríguez, M. & Parrilla, P. (2005) Estudio multivariante de los factos psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos, *Nefrología*, 25(6), 684-697.
- Cormier, W. & Cormier L. (2000) Estrategias de entrevista para terapeutas, 3a. Edición, España: Desclée de Brouwer.
- Crawford-Walker, C.J., King, A. & Chan, S. (2008) Técnicas de distracción para la esquizofrenia, *La biblioteca Cochrana Plus*, 2, 1-23.
- Cuellar - González, J. & Correa - Rotter, R. (2005) Evaluación del receptor de trasplante renal, *Revista de Investigación clínica*, 57(2), 187-194.

- Cuevas-Mons, V. & Del Castillo-Olivares, J. (1994) Introducción al trasplante de órganos y tejidos, Madrid: Arán.
- De los Ríos, J., Barrios, P. & Ávila, T. (2005) Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética, *Revista médica del Hospital General*, 68(3), 82-94.
- De los Ríos, J., Sánchez-Sosa, J., Barrios, P. & Guerrero, V. (2004) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *Revista médica del IMSS*, 42(2), 109-116.
- DeGood, D., Crawford, A. & Jongsma, A. (1999) The behavioral medicine treatment planner, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dobbels, F., Decorte, A., Roskams, A. & Van Damme-Lombaerts, R. (2010) Health-related quality of life, treatment adherence, symptom experience and depression in adolescent renal transplant patients, *Pediatric Transplantation*, 14, 216-223.
- Egozcue, M.M. (2005) Primeros Auxilios psicológicos, 1ª edición, México: Paidós.
- Escobar, M., Guerrero, O., Quintas, J. & Salvador M. (2005) Guía para el trasplantado renal: las 20 preguntas más frecuentes, Ed. Comisión de Trasplantes de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
- Guirado, L., Vela, E., Clèries, M, Díaz, J., Facundo, C. & García-Maset, R. (2008) ¿Porqué el trasplante renal de donante vivo da mejores resultados que el trasplante renal de donante cadáver?, *Nefrología*, 2, 159-167.
- Harrison T, Fauci A, Braunwald E, & Kasper D. (2005) Harrison: Principios de Medicina Interna, Ed. McGraw - Hill, 16a edición, Madrid, España.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006) Metodología de la Investigación, 4ta edición, México: McGraw Hill
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002) Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales, México, McGraw Hill
- López, M; Rojas, M.E.; Tirado L.L.; Duran, L.; Pacheco, R.; Venado, A.; et al. (2009)



Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México, Facultad de Medicina, UNAM.

- Madson, A. & Silverman, M. (2010) The effect of music therapy on relaxation, anxiety, pain perception, and nausea in adult solid organ transplant patients, *Journal of music therapy*, 47(3), 220-232.
- Martín, P. & Errasti, P. (2006) Trasplante renal, *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 29 (2), España.
- Martí, J., & Lasheras, M. (2003). *Enciclopedia de la Psicología*, Barcelona: Océano
- McGuigan, F. (1997) *Experimental psychology: methods of research*, 7ma ed., New Jersey: Prentice Hall.
- Moix-Queraltó, J. (1994) Emoción y cirugía, *Anales de psicología*, 10(2), 167-175.
- Mosby (1994). *Diccionario de Medicina* (4ta Ed) Barcelona: Océano
- Novak, M., Molnar, M., Ambrus, C., Kovacs, A., Koczy, A., Rempert, A., Szeifert, L., Szentkiralyi, A., Shapiro, C., Kopp, M. & Mucis, I. (2006) Chronic insomnia in kidney transplant recipients, *American Journal of Kidney diseases*, 47 (4), 655-665.
- Olbrisch, M., Benedict, S., Ashe, K. & Levenson, J. (2002) Psychological assessment and care of organ transplant patients, *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 771-783.
- Ortega, F., Arias, M., Capistol, J., Matesanz, R. & Morales, J. (2007) *Trasplante renal*, España: Editorial Medica Panamericana.
- Pérez - San Gregorio M, Martín A & Galán A. (2005) Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, *International Journal of clinical and health psychology*, 5 (1), 99-114.
- Pickett, C. & Clum, G. (1982) Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety, *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(3), 439-441.

- Real Academia Española (2010), *Diccionario de Lengua Española*, 22a. Edición, Madrid: Espasa-Calpe.
- Reynoso L. & Seligson I. (2004) *Manual para conocer la insuficiencia renal*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodrigué, J., Mandelbrot, D., Hanto, D., Johnson, S., Karp, S. & Pavlakis, M. (2011) A cross-sectional study of fatigue and sleep quality before and after kidney transplantation, *Clinical Transplantation*, 25, E13-E21.
- Rohm, D., Coughlin, J., Jerome, G., Myers, V., Eun-Chae, S. & Brantley, P. (2010) Effects of the PREMIER Interventions on health-related quality of life, *Annals of Behavioral medicine*, 40, 302-212.
- Rojano, L., Bazán, A., Alcázar, R., Reynoso, L. & Mercado, D. (2001) Aspectos psicosociales, ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal, *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(2), 72-76.
- Rojano, L. (2002) Reporte de experiencia profesional, tesis maestría, U.N.A.M.
- Sánchez, S. (2010) Trasplante renal: efectos en el perfil cognoscitivo, tesis doctorado U.N.A.M.
- Sasaki, T., Akaho, R., Sakamaki, H., Yoshino, M., Hagiya, K. & Atsumi, M. (2000) Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia, *Bone marrow transplantation*, 25, 315-318.
- Schwartz, M. and associates (2003) *Biofeedback: A practitioner's guide*, 3ra ed., New York: The Guildfords press.
- Schwartzmann, L. (2005) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales, *Ciencia y enfermería*, IX(2), 9-21.
- Sharp, J., Wild, M. & Gumley, A. (2004) A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis, *American Journal of kidney disease*, 45(1), 15-27.

- Skinner, B.F. (1971) *Ciencia y conducta humana: Una psicología científica*, 2ª edición, Barcelona: Ed. Fontanella.
- Vallejo, M., Granados, M., Schweineberg, J. & Rincón, H. (2006) Manifestaciones neuropsiquiátricas de medicamentos inmunosupresores, *Cuadernos de Psiquiatría*, No.32.
- Vasterling, J., Jenkins, R., Tope, D. & Burish, T. (1993) Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy, *Journal of behavioral medicine*, 16 (1), 65-80.

# Informe de Experiencia Profesional

## 7. INFORME DE ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA

7.1 Descripción de la sede: La asignación de ambos años de residencia fue en el nuevo Hospital Juárez de México (HJM). Éste hospital está ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de la Salinas, Del. Gustavo A. Madero C.P. 07760.

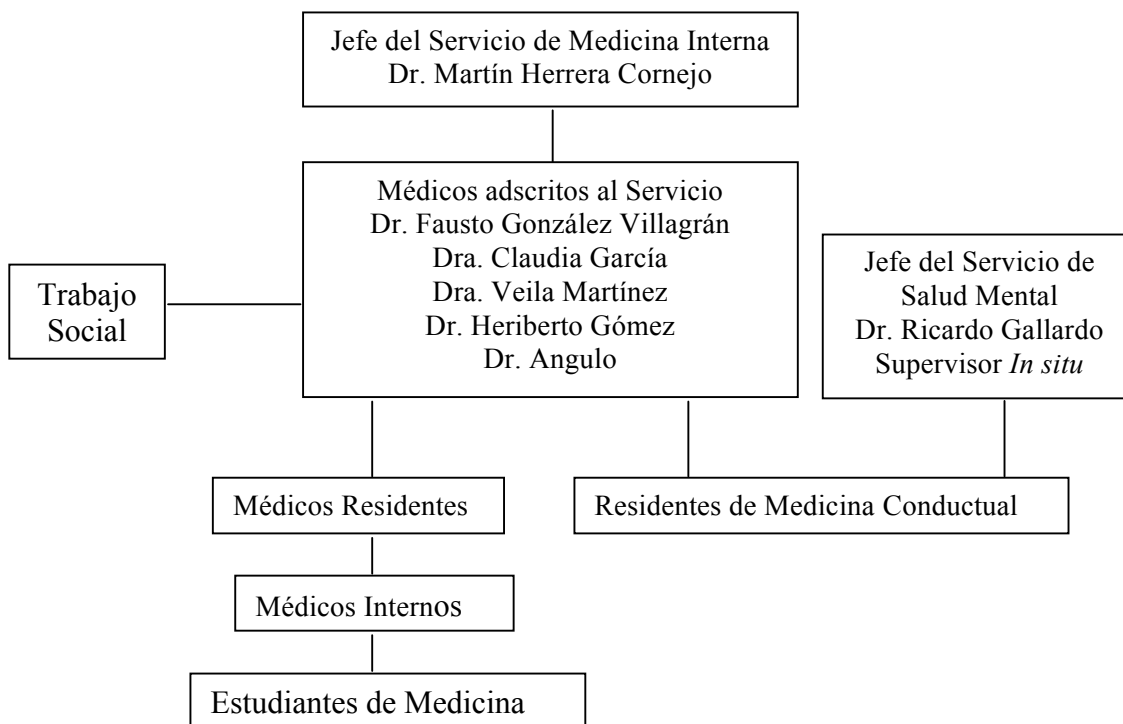
El HJM es un hospital de tercer nivel de atención, también descrito como hospital de referencia. El hospital cuenta con 6 edificios:

- Edificio A: Consulta externa (50 consultorios de especialidades) y archivo clínico.
- Edificio B: Rayos X, Auditorio principal, oficinas de gobierno y Servicio de Nefrología, hemodiálisis y trasplantes.
- Edificio C: Quirófanos, terapia intensiva, Urgencias, Rehabilitación y patología.
- Edificio D: Hospitalización (3 pisos divididos cada uno en lado norte y lado sur).
- Edificio E: Enseñanza e investigación.
- Edificio F: Servicios generales.

Además de la distribución general ya descrita, el hospital cuenta con estacionamiento para trabajadores, comedor para residentes y comedor general. Los accesos al hospital son 3: la entrada principal, la entrada peatonal al estacionamiento y la entrada a Urgencias.

### 7.2 **Primer año: Medicina Interna**

7.2.1 Ubicación del residente en la sede: El servicio de Medicina Interna se encuentra en el consultorio 45 de la consulta externa, albergando la Clínica de Diabetes del HJM. El área de hospitalización del servicio se encuentra en el tercer piso del edificio "D". El servicio cuenta con 24 camas censables, éste número puede variar según la demanda. El servicio se estructura de la siguiente manera:



## 7.2.2 Inserción del residente en el servicio

7.2.2.1 Justificación: La Medicina Interna es la rama de la medicina dedicada a estudiar a los humanos adultos. Dentro de éste servicio se trata a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de alta incidencia y alta morbi-mortalidad en México, tales como diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia, entre otras. Dados los objetivos de la Medicina Conductual, el servicio de Medicina Interna es un campo de trabajo amplio dada a la proliferación de dichos padecimientos, brindando la posibilidad de evitar complicaciones en éstos pacientes. De igual forma se puede realizar prevención a través de la modificación de estilos de vida de los pacientes y sus familiares.

7.2.2.2 Evaluación inicial del servicio: El servicio de Medicina Interna en marzo de 2010 recibió 3 residentes de Medicina Conductual (MC), cada residente fue

asignada con un médico adscrito para la realización de las actividades. Los médicos adscritos no estaban acostumbrados a la presencia constante del residente de Medicina Conductual; tampoco estaban familiarizados con nuestras actividades y objetivos.

### 7.2.3 Actividades diarias: A continuación se describen las actividades realizadas:

- a) Pase de visita: Consiste en acompañar al médico adscrito, médicos residentes, internos y estudiantes de medicina a una revisión general de los pacientes asignados. Durante el pase, el residente de Medicina Conductual puede identificar necesidades del paciente para diseñar una intervención.
- b) Sesión bibliográfica: En ésta sesión se revisaban temas diversos, además de que se promovía la discusión, así como la relación del tema expuesto con las actividades del psicólogo.
- c) Sesión de caso clínico: En ésta sesión se exponían y discutían casos clínicos desde diferentes paradigmas de la psicología.
- d) Sesión general: Ésta sesión es obligatoria para todos los residentes e internos del hospital. Durante éstas sesiones se exponían diversos temas tanto médicos como culturales y sociales.
- e) Clases médicas: Éstas clases son organizadas por la división de medicina crítica y se trataban temas de dicha área.
- f) Consulta externa: La consulta externa en la Clínica de diabetes es atendida por dos médicos adscritos por día, cada médico tiene asignados dos días a la semana. En esta consulta se da seguimiento a pacientes del servicio de Medicina Interna, al

día se atienden un promedio de 15 pacientes por médico. El papel de residente en Medicina Conductual consiste en escuchar la interacción del médico con el paciente con el fin de detectar alguna necesidad, para posteriormente realizar la intervención adecuada.

g) Atención a pacientes hospitalizados: Realización de intervenciones según las necesidades detectadas durante el pase de visita, tanto con los pacientes hospitalizados como con sus cuidadores informales.

h) Redacción de notas: Al final del día, se redactaban las notas en formato S.O.A.P. en el expediente clínico de cada paciente.

i) Supervisión académica: Constaba de la presentación de los avances del protocolo de investigación, así como de los casos relevantes vistos en la semana, recibiendo retroalimentación por parte de la supervisora.

j) Supervisión *In situ*: Ésta sesión se llevó a cabo por un lapso de aproximadamente 6 meses, en los cuáles el Supervisor *In Situ* nos enseñó la realización de historias clínicas, examen mental y entrevista.

k) Actividades no programadas: Se realizó la aplicación y calificación de exámenes psicométricos tanto a los aspirantes al curso de enfermería, así como a los aspirantes a residencias médicas. Las aplicaciones constaban del cuestionario de inteligencia Wonderlick, del Inventario de la personalidad multifacética Minnesota y de la prueba proyectiva de la Figura humana de Karen Machover.

l) Presentaciones en congresos: Se presentaron dos carteles, el primero denominado “Depresión y Ansiedad en pacientes en protocolo de trasplante renal” en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Trasplantes, el cuál se llevó a

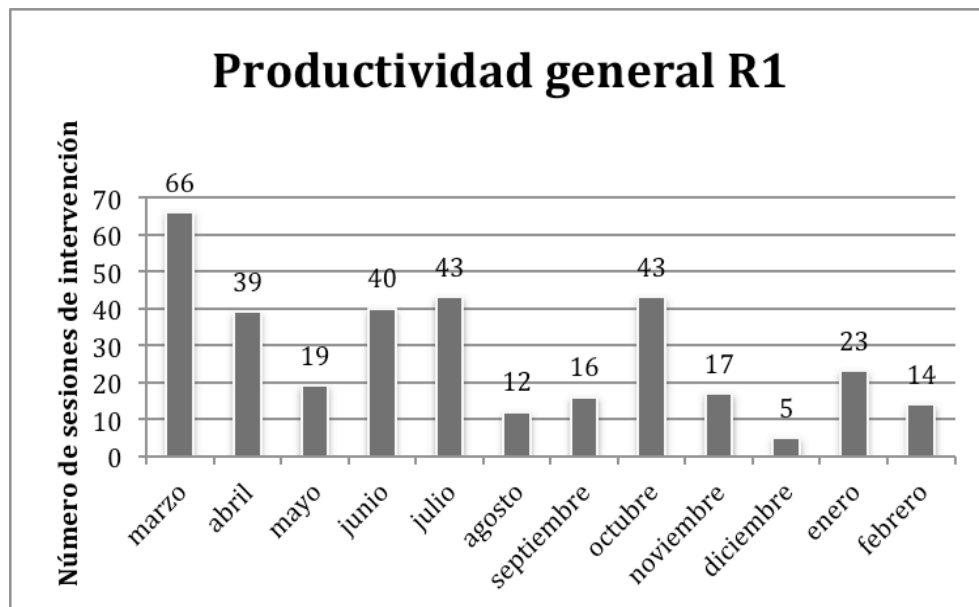


cabo del 1 al 4 de septiembre de 2010. Éste trabajo fue una colaboración con el residente de trasplantes Lic. en Psicología Rodrigo Jiménez. El segundo cartel se denominó “Expectativas y calidad de vida en cuidadores informales de pacientes hospitalizados”, que se presento en el Primer Congreso Iberoamericano de Medicina Interna organizado por el Colegio de Medicina Interna de México A.C. que se llevó a cabo en Cancún, Quintana Roo del 24 al 27 de noviembre de 2010.

Finalmente, en colaboración con los compañeros Lic. en Psicología Adriana Rodríguez y Rodrigo Jiménez, se dio una “Conferencia para pacientes diabéticos y sus familiares” en el Curso Internacional de Medicina Interna de América del Norte: Grandes problemas de salud pública que se llevó a cabo del 07 al 10 ju julio de 2010.

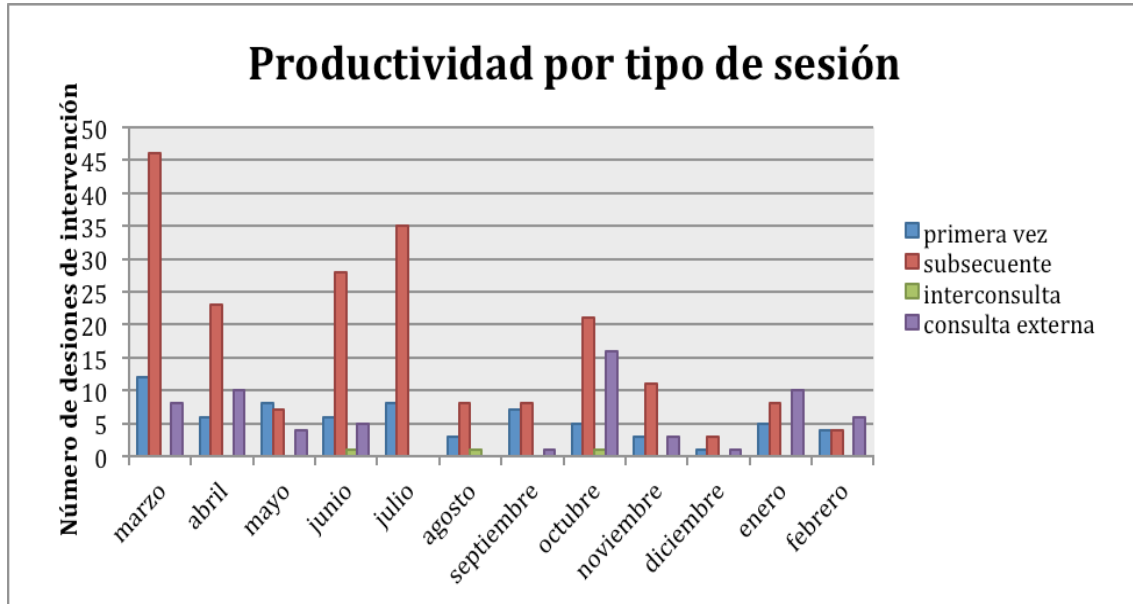
#### 7.2.4 Productividad

A continuación se presenta de forma gráfica la productividad del primer año de residencia en el Servicio de Medicina Interna del HJM.



Gráfica 13: Productividad general durante el primer año de residencia

La gráfica 13 muestra la distribución mensual de las 337 sesiones de intervención realizadas, con un promedio de 28 intervenciones mensuales. La productividad baja coincide con los periodos vacacionales y las actividades extracurriculares.



Gráfica 14. Productividad del primer año de residencia según el tipo de intervención

En la gráfica 14 se muestra la productividad por tipo de intervención. Se realizaron 68 consultas de primera vez, 202 subsecuentes, 3 interconsultas y 64 intervenciones en consulta externa. A continuación se define cada tipo de intervención:

- Primera vez: pacientes referidos por el médico tratante o captados por el residente por primera ocasión. Se comienza a trabajar con una entrevista estructurada para ahondar en el motivo de consulta y necesidades del paciente.
- Subsecuentes: Se trata de pacientes que ya han tenido intervenciones psicológicas por parte del servicio de Medicina Conductual, ya sea en días previos de la

hospitalización o bien en una hospitalización previa. Las intervenciones consisten en seguimiento del trabajo previo o bien en trabajo sobre nuevas necesidades detectadas.

- Interconsultas: Se refieren a las solicitudes de intervención por parte de médicos adscritos o residentes para pacientes de otro servicio diferente al de Medicina Interna.
- Consulta externa: Se consideran las intervenciones realizadas durante la consulta externa que por la necesidad inminente del paciente no pueden ser realizadas en otro momento.

Como se observa en la gráfica las intervenciones subsecuentes son las más frecuentes, mientras que las de consulta externa pueden variar mucho en cantidad a lo largo del año.

Las interconsultas realizadas durante éste año fueron 3: una al servicio de Neumología para atender un paciente con crisis de ansiedad, otra al servicio de Cardiología para intervención con una paciente con ansiedad pre-quirúrgica y la tercera al servicio de Infectología para valoración de un paciente en fase terminal de VIH.

7.2.4.1 Descripción de los pacientes y las intervenciones: Se atendió un total de 135 pacientes cuyas edades variaron entre los 6 y 80 años (M=46 años).

Respecto al sexo, el 48.8% (N=66) de la población fue del sexo femenino mientras que el 48.8%(N=66) fue del sexo masculino, con un 2.2% (N=3) de datos perdidos en este rubro. Los diagnósticos médicos junto con el porcentaje de aparición en la población se presentan en la tabla 1:

<b>Diagnóstico médico principal</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Diabetes Mellitus tipo 2	76	56.3	56.3
Sin diagnóstico médico (cuidadores)	11	8.1	64.4
VIH	6	4.4	68.8
Intento suicida	5	3.7	72.5
NAC	5	3.7	76.2
Cardiopatía	3	2.2	78.4
Enfermedad Renal	3	2.2	80.6
Pre-diabetes	3	2.2	82.8
Lupus	3	2.2	85.0
Sx de Stevens-Johnson	2	1.5	86.5
Hipokalemia	2	1.5	88.0
Hipotiroidismo	2	1.5	89.5
Anemia	2	1.5	91.0
Mieloma múltiple	2	1.5	92.5
Neumonía nosocomial	2	1.5	94.0
Úlcera sacra	2	1.5	95.5
Vasculitis	2	1.5	97.0
Cáncer	2	1.5	98.5
DM1	2	1.5	100

Tabla 1. Diagnósticos médicos de los pacientes en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado

En la tabla 2 se presenta la distribución de diagnósticos psicológicos y/o motivos de intervención psicológica. Se realizaron un total de 154 diagnósticos para 135 pacientes, ya que algunos de ellos presentaban 2 problemas simultáneamente.

<b>Diagnóstico psicológico o motivo de consulta</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulativo</b>
Incumplimiento terapéutico	31	20.1	20.1
Falta de información	27	17.5	37.6
Depresión	6	3.9	41.5
Ansiedad	4	2.6	44.1
Problemas de asertividad	4	2.6	46.7
Crisis	4	2.6	48.8
Desesperanza	4	2.6	51.4
Ansiedad pre-quirúrgica	4	2.6	54.0
Anorexia	4	2.6	56.6
Problemas de comunicación	2	1.3	57.9
Aceptación de la enfermedad	2	1.3	59.2
Negación	2	1.3	60.5
Condicionamiento aversivo	2	1.3	61.8
Desadaptación a la estancia hospitalaria	2	1.3	63.1
Pensamiento mágico	2	1.3	64.4
Problemas de pareja	2	1.3	65.7
Sobreprotección	2	1.3	67.0
Valoración	50	32.5	99.5

Tabla 2. Diagnóstico psicológico de los pacientes en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado

El número de sesiones de intervención que recibió cada paciente varió entre 1 y 12 (M=2). Esto debido a que muchos de los pacientes vistos en la consulta externa no podían volver a ser captados, además de que muchas de las intervenciones fueron únicamente de valoración para detección de necesidades. En total se aplicaron 843 técnicas de intervención a lo largo de las 337 sesiones impartidas (M=2.5).

En la tabla número 3 se muestran los tipos de intervenciones y su frecuencia de realización:

<b>Técnicas de Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulativo</b>
Entrevista	311	36.9	36.9
Psicoeducación	233	27.6	64.5
Uso del semáforo de alimentos	55	6.5	71.0
Re-valoración positiva	44	5.3	76.3
Balance decisional	35	4.2	80.5
Distracción cognitiva	28	3.3	83.8
Re-estructuración cognitiva	28	3.3	87.1
Primero auxilios psicológicos	24	2.8	89.9
Intervención en crisis	24	2.8	92.7
Evaluación psicométrica	16	1.9	94.6
Técnica de relajación	12	1.4	96.0
Entrenamiento en asertividad	8	0.9	96.9
Registros conductuales	7	0.8	97.7
Aproximaciones sucesivas	7	0.8	98.5
Promoción del auto-cuidado	7	0.8	99.3
Calendario de medicamentos	2	0.2	99.5
Activación conductual	2	0.2	99.7

Tabla 3. Técnicas de Intervención psicológica realizadas en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado.

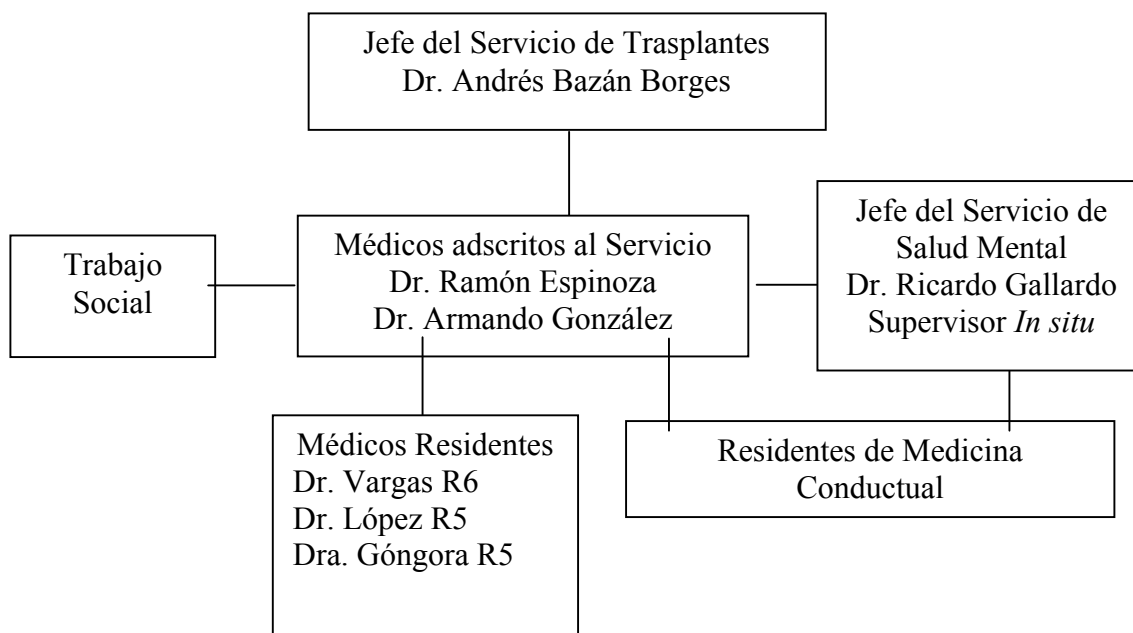
7.2.5 Materiales desarrollados: Se desarrollaron dos materiales de apoyo junto con la compañera Lic. en Psicología Adriana Rodríguez quien también estuvo asignada al servicio de Medicina Interna.

- Semáforo de alimentos: Se desarrolló a partir de las sugerencias sobre alimentación realizadas a los pacientes diabéticos por el médico de base Dr. Fausto González. Éstos consejos se agruparon en alimentos permitidos, restringidos y prohibidos. El diseño del material se basó en un material similar reportado en la literatura previa (Anexo 2).
- Hoja de cuidadores : Ésta hoja se realizó por la necesidad observada en el servicio: muchos pacientes eran atendidos por varios cuidadores primarios. Se

realizó ésta hoja donde los cuidadores podían anotar las observaciones e indicaciones médicas recibidas, así como las eventualidades observadas durante su estancia que pudieran ser relevantes para ser reportadas al personal médico (Anexo 3).

### 7.3 Segundo año: Trasplante renal

7.3.1 Ubicación del residente en la sede: El servicio de Trasplantes se encuentra en el consultorio 48 de la consulta externa, segundo piso. El área de hospitalización del servicio se encuentra en la planta baja del edificio “D” y es considerada área de cuidados intermedios por lo que se encuentra relativamente aislado. El área se comparte con la sala de hemodiálisis y cuenta con 3 cuartos aislados. La estructura del servicio se describe en el siguiente esquema:



#### 7.3.2 Inserción del residente en el servicio

7.3.2.1 Justificación: El servicio de Trasplantes atiende a personas con insuficiencia renal o hepática que son candidatos a recibir un injerto como

tratamiento para su enfermedad. La Ley General de Salud en el título decimocuarto, capítulo III, artículo 333 apartado VI inciso a) menciona que para llevarse a cabo un trasplante se debe de realizar una valoración médica, de trabajo social y psicológica.

La Insuficiencia renal y hepática implican cambios radicales en el estilo de vida de los pacientes, principalmente en los regímenes alimenticios estrictos que deben de llevar, así como en la restricción de líquidos y toma de diversos medicamentos que ayudan a compensar las funciones renales perdidas. Cuando éstos pacientes deciden tomar la opción de un trasplante están sujetos a diversas situaciones que pueden llevar a desajustes emocionales. Entre dichas situaciones se encuentran la cirugía, el rechazo del injerto, la posibilidad de no ser candidato a receptor, la incapacidad de recibir una donación por parte de un familiar, la incertidumbre de la recepción de un trasplante de donador fallecido, entre otras más.

7.3.2.2 Evaluación inicial del servicio: El servicio de Trasplantes en marzo de 2011 recibió 2 residentes de Medicina Conductual. Se recibieron los expedientes de 10 pacientes en lista de espera de donador cadavérico. Así como los expedientes de pacientes (donadores y receptores) tanto en protocolo de trasplante de donador vivo como de donador fallecido que aún estaban en proceso.

7.3.3 Actividades diarias: A continuación se describe cada una de las actividades realizadas durante el segundo año de residencia:

a) Atención a pacientes de protocolo: Realización de entrevista, evaluación o intervención como parte del protocolo de trasplante establecido.



b) Clases médicas: Éstas clases son organizadas por el profesor de curso, se impartían 3 días a la semana en horarios variables. Se colaboró con la exposición de los siguientes temas de las áreas socio-cultural y psicológica:

- “Da y te será dado” Los trasplantes de órganos en la teología moral católica”
- Aspectos psicosociales en el paciente con enfermedad renal permanente
- La Medicina Conductual en el ámbito hospitalario.
- Aspectos psiquiátricos en el proceso pre y post trasplante
- Intervención en crisis y respuesta al trauma en el paciente con ERCT y su familia
- Manejo del estrés en pacientes en proceso de pre y post trasplante

c) Redacción de notas: Al final del día, se redactan las notas en formato S.O.A.P. en un expediente propio del área de psicología. Cuando los pacientes se encuentran hospitalizados, las notas se realizan en el expediente médico bajo el mismo formato.

d) Cirugías programadas: Durante los trasplantes y otras cirugías se acompaña al paciente durante todo el proceso hasta que recibe la anestesia general o bien hasta el final de la cirugía en caso de no recibir dicha anestesia; realizando las intervenciones pertinentes.

e) Sesión general: Ésta sesión es obligatoria para todos los residentes e internos del hospital. Durante éstas sesiones se exponían diversos temas tanto médicos como culturales.

f) Supervisión *In situ*: En ésta sesión se exponían y discutían temas diversos sobre la práctica clínica. Se expuso una historia clínica y un caso clínico.

g) Sesión multidisciplinaria: Durante ésta sesión participaban la coordinación de donación, enfermería, trabajo social, los médicos adscritos, los médicos residentes y

los residentes de Medicina Conductual. Se trataban temas generales de trasplantes desde el enfoque de cada área. Se expusieron los siguientes temas:

- Pruebas psicológicas del protocolo de trasplante renal
- Bases teóricas del protocolo psicológico
- Uso del DSM-IV
- Análisis funcional de la conducta

h) Consulta externa: La consulta externa atiende a pacientes en protocolo, pacientes trasplantados y donadores. Cada día se atienden a un promedio de 12 pacientes. Las actividades del residente de Medicina Conductual consisten en escuchar la interacción del médico con el paciente con el fin de detectar alguna necesidad, realizando las intervenciones necesarias o bien citando al paciente para atender dichas necesidades.

i) Plática de 1ª vez: Ésta plática esta dirigida a pacientes de recién ingreso al servicio que están a punto de iniciar su protocolo de trasplante. Se incluye a toda su familia y a los posibles donadores para que conozcan la información y se involucren en el proceso ya sea emocional, económica o moralmente. La plática se da junto con los médicos residentes y se exponen los siguientes temas: ¿Qué es la enfermedad renal? ¿cuáles son los tratamientos sustitutos? ¿Cuáles son los riesgos y beneficios del trasplante? ¿En que consiste el protocolo? Objetivos e importancia del protocolo y Requisitos del mismo.

7.3.4 Actividades mensuales: A continuación se describirán las actividades que se realizaban de forma mensual o sin periodicidad establecida:

a) Evaluación de pacientes en base de datos: Éstos pacientes acuden el último lunes de cada mes para ser evaluados por las tres áreas (medicina, psicología y trabajo social) y determinar si siguen siendo aptos para recibir un trasplante. La sesión de Medicina Conductual era grupal y se trataban temas de interés, propuestos por los mismo pacientes:

- Presentación de la forma de trabajo
- ¿Cómo seguir la dieta?
- La vida después del trasplante
- Plática con un paciente ya trasplantado
- Entrenamiento en asertividad
- Problemas emocionales posteriores al trasplantes

b) Supervisión académica: La supervisión académica estaba a cargo de la Maestra Maetzin Itzel Ordaz Carrillo, sin embargo no se recibió ninguna sesión con ella.

c) Presentación de reportes finales ante Jefe de Salud mental: Se presentaba al paciente que sería propuesto como donador/receptor durante el próximo sub-comité de trasplantes ante el Jefe de Salud Mental Dr. Ricardo Gallardo.

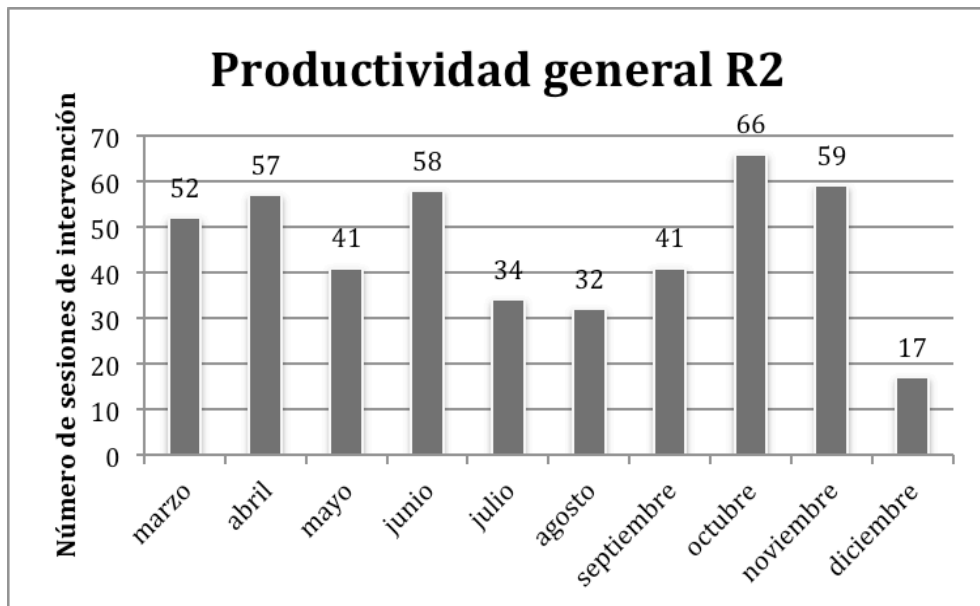
d) Presentación de protocolos ante sub-comité de trasplantes: Se presentaba el reporte final del protocolo psicológico de los pacientes y se respondían dudas en caso necesario.

e) Exposiciones en congresos: Se expuso el tema “Protocolo de intervención para el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2” en el Simposio llamado “La Medicina Conductual y sus aplicaciones” durante el 5to. Congreso Latinoamericano de

Psicología de la Salud realizado los días 18,19 y 20 de mayo de 2011 en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México.

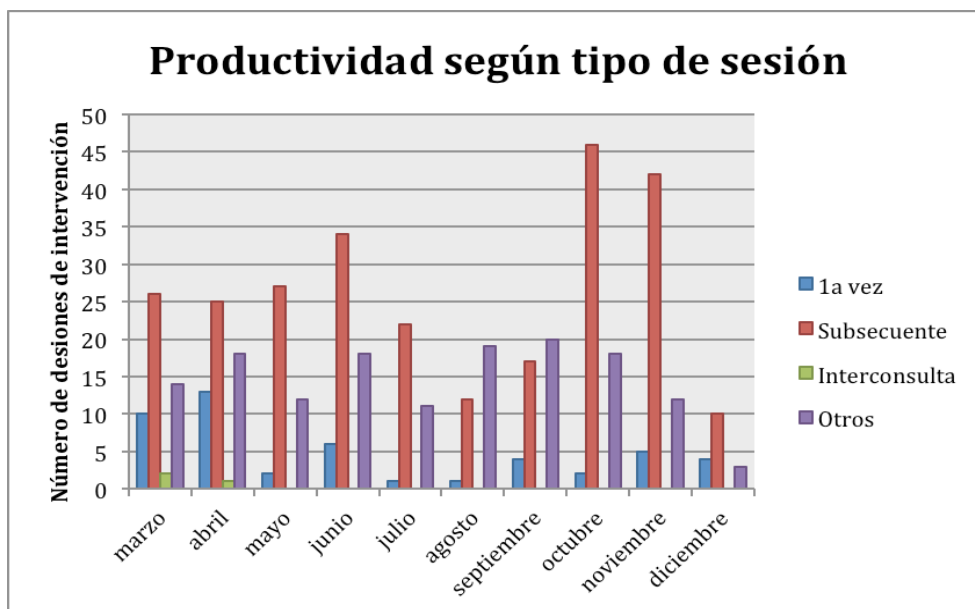
También se expuso el cartel denominado “Conceptualización de la enfermedad renal y el trasplante” durante el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Trasplantes, realizado del 21 al 24 de septiembre de 2011 en la ciudad de Mérida, Yucatán.

7.3.5 Productividad: A continuación se presentarán de forma gráfica la productividad general del segundo año de residencia en el Servicio de Trasplantes del HJM.



Gráfica 15: Productividad general durante el segundo año de residencia

La gráfica 15 muestra la distribución mensual de las 362 sesiones de intervención realizadas, con un promedio de 36 intervenciones mensuales.



Gráfica 16. Productividad según el tipo de intervención.

En la gráfica 16 se muestran la productividades de los diferentes tipos de sesiones de intervención. Las sesiones se clasifican en: primera vez, subsecuentes, interconsultas y otros. Las intervenciones clasificadas como “otros” corresponden a intervenciones en consulta externa, pláticas de primera vez, sesiones con pacientes en lista de espera, presentaciones ante el Jefe de Salud Mental y presentaciones ante el sub-comité de trasplante renal.

7.3.5.1 Descripción de los pacientes y las intervenciones: Se atendió a un total de 93 pacientes de entre 14 y 61 años de edad ( $M=30.7$ ), de los cuáles 43%( $N=40$ ) fueron mujeres y 57%( $N=53$ ) hombres. Se realizaron 139 diagnósticos para 93 pacientes, debido a que el diagnóstico médico se modificaba conforme avanzaba el proceso del protocolo de trasplante. El número de pacientes que recibió cada diagnóstico médico junto con el porcentaje de aparición se presentan en la siguiente tabla.

<b>Diagnóstico médico principal</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Insuficiencia renal	45	32.3	32.3
Sin diagnóstico (cuidadores)	23	16.5	49.8
Postoperado trasplante	17	12.2	62.0
Donador	12	8.6	70.6
Qx Trasplante	6	4.3	74.9
Postoperado nefrectomía	5	3.6	78.5
Infección de vías urinarias	3	2.1	80.6
Pielonefritis	3	2.1	82.7
Pre Qx Trasplante	3	2.1	84.8
Rechazo del injerto	3	2.1	86.9
Procedimiento invasivo	3	2.1	89.0
Cirrosis hepática	3	2.1	91.1
QX Nefrectomía	3	2.1	93.2
Tabaquismo	2	1.4	94.6
Intento suicida	2	1.4	96.0
Diabetes	2	1.4	97.4
Otros	4	2.9	100

Tabla 4. Diagnóstico médico de los pacientes en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado

Al igual que los diagnósticos médicos, los diagnósticos psicológicos y/o motivos de consulta se modificaban conforme avanzaba el proceso de trasplante. Por dicha razón se realizaron 127 diagnósticos psicológicos a los 93 pacientes atendidos. En la siguiente tabla se presenta la distribución de diagnósticos psicológicos y/o motivos de intervención psicológica:

<b>Diagnóstico psicológico o motivo de consulta</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Protocolo de trasplante	35	27.5	27.5
Ansiedad	29	22.8	50.3
Incumplimiento terapéutico	20	15.7	66.0
Síntomas depresivos	11	8.7	74.7
Crisis	6	4.7	79.4
Valoración	5	3.9	83.3
Problemas de relación	4	3.1	86.4
Dolor	3	2.3	88.7
Somatización	3	2.3	91.0
Dependencia	2	1.6	92.6
Aburrimiento	1	0.8	93.4
Bulimia	1	0.8	94.4
Carga del cuidador	1	0.8	95.2
Contemplación	1	0.8	96.0
Ideación suicida	1	0.8	96.8
Otros	4	3.1	99.9

Tabla 5. Diagnóstico psicológico de los pacientes en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado

El número de sesiones de intervención que recibió un paciente varió entre 1 y 28 (M=3.9). Se utilizaron un total de 657 técnicas de intervención a lo largo de las 362 sesiones, en promedio se utilizaban 1.8 técnicas en cada sesión. En la siguiente tabla se muestran las diferentes técnicas de intervención, su frecuencia y porcentaje de realización:

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulativo</b>
Psicoeducación	136	20.7	20.7
Aplicación de psicométricos	105	16.0	36.7
Entrevista	93	14.1	50.8
Registros	71	10.8	61.6
Intervención en crisis	40	6.1	67.7
Promoción del auto-cuidado	31	4.7	72.4
Distracción cognitiva	24	3.6	76.0
Valoración	24	3.6	79.6
Consejería	21	3.2	82.8
Reforzamiento	20	3.0	85.8
Entrevista motivacional	16	2.4	88.2
Re-valoración positiva	15	2.3	90.5
Relajación	13	2.0	92.5
Balance decisional	9	1.4	93.9
Solución de problemas	7	1.1	95.0
Contrato conductual	5	0.8	95.8
Re-estructuración cognitiva	4	0.6	96.4
Otras (intervenciones poco comunes)	23	3.5	99.9

Tabla 5. Intervenciones psicológicas realizadas en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado

7.3.6 Materiales desarrollados: Durante el segundo año de residencia se desarrollaron los siguientes materiales:

- Registro de cambio de medicamentos: Este registro tiene como objetivo que los pacientes tengan su lista de medicamentos post-trasplante, además de que puedan comparar a través de las semanas siguientes como han variado, suspendido o cambiado cada medicamento. De igual forma, deben de anotar el médico que realizó cada cambio para mejorar la comunicación entre paciente – equipo de salud (Anexo 4).
- Registro de mediciones post-trasplante: Los pacientes deben de llevar su registro



diario de los siguientes marcadores: orina por sonda Foley, gasto del pen rose, temperatura, peso y presión arterial. Éstas mediciones reflejan indirectamente la función renal, por lo que éste registro ayuda a los pacientes a conocer las cifras normales y su variación a través del tiempo, para poder detectar anomalías que puedan sugerir un rechazo (Anexo 5).

#### **7.4 Competencias adquiridas en la residencia**

7.4.1 Competencias académicas: En esta área principalmente se reforzaron las competencias previas, tales como el desarrollo de presentaciones en power point, exposiciones ante grupos multidisciplinarios, exposiciones en congresos, redacción y presentación de protocolos de investigación, así como de los avances realizados.

7.4.2 Competencias clínicas y/o prácticas: Esta área fue en la que se adquirieron más competencias gracias a las prácticas en el ambiente hospitalario. Algunas de dichas competencias son: realización de entrevistas de evaluación; aplicación, calificación e interpretación de diversas pruebas psicométricas; uso de registros conductuales y de pensamiento, realización de historias clínicas y de examen mental exhaustivo; formulaciones de caso y planeación de intervención según objetivos. Otras competencias adquiridas fueron: la realización de reportes de intervención psicológica, diagnósticos diferenciales, detección de necesidades específicas de la medicina conductual así como la elección de técnicas adecuadas según dichas necesidades.

7.4.3 Competencias personales: Dentro del crecimiento personal se desarrollaron habilidades sobre el trato con diversas personalidades, trabajo multidisciplinario y mejora en las habilidades de asertivas.

7.5 **Sugerencias:** Las supervisiones tanto *in situ* como académicas deben ser otorgadas preferentemente por profesionales de la Medicina Conductual que tengan práctica clínica relacionada con el servicio al que este asignado cada residente. De igual forma, dichas supervisiones deben de ser constantes y de calidad, identificando detalladamente las áreas de las que son responsables cada supervisor. Es importante contar con el respaldo de un psicólogo adscrito a la institución como apoyo permanente al residente tanto en el ámbito clínico como administrativo.

Las rotaciones por diversos servicios serían de gran ayuda para aprender el tratamiento e intervención con pacientes con patologías diversas que ayudarían a que el residente de Medicina Conductual se puedan insertar fácilmente en cualquier institución médica.

En cuanto a las sugerencias de características que deben mantenerse, están nuestra inclusión en las clases médicas, ya que dan un panorama general de las enfermedades que los pacientes padecen. Además de la realización de protocolos de investigación que aumenten el conocimiento del área.

ANEXO 1  
CONSENTIMIENTO INFORMADO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
para participación en protocolo psicológico sobre los efectos  
de la música en pacientes en aislamiento

**México, D.F., a \_\_\_\_\_ de 2011**

Por medio de la presente manifiesto mi aceptación para participar en el presente estudio. Se me ha informado que el propósito del estudio es observar los cambios en aspectos subjetivos y fisiológicos provocados por sesiones de música durante mi estancia en el aislamiento posterior a la cirugía de trasplante. Se me ha informado que el estudio se realizará en sesiones diarias por el tiempo que permanezca hospitalizada y que los riesgos implican cambios en mi estado de ánimo y mis signos vitales. De igual forma se me ha explicado que en caso de que el estudio provoque cambios desfavorables para mi estado físico y/o emocional se suspenderá inmediatamente, también puedo pedir que las sesiones se interrumpan en cualquier momento. Mi participación es voluntaria y en caso de no aceptar o de abandonar el estudio no afectará de ninguna forma la atención médica ni psicológica que recibo. Se me ha informado que los datos recolectados se manejarán de forma confidencial y con fines de investigación.

---

**Nombre y firma del participante**

## ANEXO 2

### SEMÁFORO DE ALIMENTOS



# Semáforo de alimentos



Espinacas, acelgas, lechuga, pepino, col, calabazas, chayote, brócoli, verdolagas, nopales, sopa de verduras, jitomate, apio, salsas, chiles, pimiento morrón, champiñones  
Leche light, crema light, yogurt natural light, queso panela, requesón, queso cottage, soya, avena, gelatina light, cereal de fibra  
Pollo sin piel, pescado sin piel, pavo, jamón de pavo, salchichas de pavo, atún en agua, clara de huevo, Agua, Café, té

1/2 taza: arroz, frijoles, habas, lentejas, elote, garbanzo, papa, zanahoria, jicama, piña, melón, papaya, sandía  
1 porción: manzana(1), plátano(1), pera(1), naranja(1), mandarina(1), mango(1/2)  
5 porciones de alguno de estos: tortilla(1), pan blanco(1), bolillo(1/2), galletas marías (5), saladas(6), habaneras (6), o de animalitos (6)  
1 vez por semana: carne de res, yema de huevo, sacarosa, mayonesa light  
1 vez al mes: mariscos, carne de borrego

Carne de cerdo, empanizados ni capeados, quesos amarillos, salchichas de cerdo, jamón de cerdo, pan dulce, sopa de pasta, dulces, caramelos, frituras, manteca, mantequilla, jugos, licuados, refrescos, atole

## ANEXO 2

### HOJA DE CUIDADORES

HOJA DE CUIDADORES		
FECHA	CUIDADOR	INDICACIONES Y NOVEDADES
		¿Cómo paso la noche el paciente? ¿Qué procedimientos se le realizaron? ¿Qué le dijo el médico? Otros notas:
		¿Cómo paso la noche el paciente? ¿Qué procedimientos se le realizaron? ¿Qué le dijo el médico? Otros notas:
		¿Cómo paso la noche el paciente? ¿Qué procedimientos se le realizaron? ¿Qué le dijo el médico? Otros notas:

ANEXO 3

REGISTRO DE CAMBIO DE MEDICAMENTOS

		Cambios en Medicamentos							
NOMBRE del Medicamento	DOSIS	HORARIO	F	E	C	H	A	S	
			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
I N M U N O S U P R									
Médico que Autoriza el cambio									

ANEXO 4

REGISTRO DE MEDICIONES POST -TRASPLANTE

	Registro para Pacientes Post-trasplantados									
	F		E		C		H		A	
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Orina en sonda de Foley										
<b>Total de orina</b>										
Gasto del Penrose										
Presión arterial mañana										
Presión arterial tarde										
Peso										
Temperatura										
Otros...										