



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**DESCRIPCION PSICOSOCIAL Y DE CONDUCTAS DE SALUD DE LOS  
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES DE LA CLINICA DEL  
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA NUTRICION  
“SALVADOR ZUBIRAN”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
OLGA ISABEL ALFARO RAMIREZ DEL CASTILLO**

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

REVISORA DEL REPORTE:

DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO

SECRETARIO:

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

MTRO. ARIEL VITE SIERRA

DRA. ISABEL REYES LAGUNES



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.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>CAPITULO 1. REPORTE DE INVESTIGACIÓN</b>	2
Introducción	2
Metodología	5
Resultados	8
Discusión	20
<b>CAPITULO 2. PRIMER AÑO DE RESIDENCIA</b>	28
Características de la sede	28
Hipertensión Arterial (Epidemiología, aspectos médicos y psicológicos)	32
Diabetes Mellitus (Epidemiología, aspectos médicos y psicológicos)	37
Insuficiencia Renal Crónica (Epidemiología, aspectos médicos y psicológicos)	41
Actividades clínicas y académicas diarias del servicio	48
Población atendida durante la rotación	63
Competencias profesionales alcanzadas	68
Conclusiones y sugerencias	69
<b>CAPITULO 3. SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA</b>	71
Características de la sede	71
Epidemiología del dolor	74
Aspectos médicos del dolor	75
Aspectos psicológicos del dolor	78
Los cuidados paliativos	84
Aspectos psicológicos del paciente terminal	86
Actividades clínicas y académicas realizadas en el servicio	87
Población atendida durante la rotación	89
Competencias profesionales alcanzadas	92
Conclusiones y sugerencias	93
<b>REFERENCIAS</b>	95
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

En el presente reporte se describen las actividades profesionales realizadas durante la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual. Primero se detallará la investigación realizada en la clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición (INCMNSZ). El objetivo fue describir las características psicoafectivas, psicosociales y conductas de salud de los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y en cuidados paliativos. Se midieron las variables de: conductas de salud, tipo de cuidado, carga, características sociodemográficas, síntomas de ansiedad y depresión. Se entrevistaron 100 cuidadores con la Encuesta de salud del cuidador primario informal de Ramos del Río y la Entrevista de la carga del cuidador de Zarit. Se identificó un perfil sociodemográfico que coincide con lo reportado en la literatura (mujeres entre 33 y 47 años, esposas o hijas del paciente, con escolaridad de bachillerato). Se observaron conductas de salud deficientes. Las cuidadoras presentaron múltiples síntomas de depresión y ansiedad y la media del grupo rebasó el punto de corte para sobrecarga "severa". Los resultados brindan información relevante sobre las características de la población; esta información permite proponer programas de intervención para atender las necesidades específicas de la población y prevenir así morbilidad en la esfera de la salud mental.

Posteriormente se describen las actividades realizadas en el Hospital General de Atizapán, en el servicio de medicina interna y por último se detallan las actividades realizadas en la clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ. Para ambas sedes se detalla la epidemiología de las principales enfermedades que se atienden en estos servicios, se habla sobre la psicología de los pacientes con dichas enfermedades crónicas y algunas investigaciones recientes sobre los temas abordados respectivamente. Se detallan las actividades académicas y clínicas en cada sede y los programas desarrollados durante la rotación.

## **CAPITULO 1**

### **REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

#### **Descripción psicosocial y de conductas de salud de los cuidadores primarios de pacientes de la clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán”.**

El protocolo fue registrado en el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” INCMNSZ bajo el folio REF.1617. Se publicó un artículo titulado “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y en cuidados paliativos” en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. No. 45, Vol. 6, pgs: 485-494

### **INTRODUCCIÓN**

Las personas que padecen una enfermedad crónica y/o dolor, tienen diferentes grados de discapacidad y dependencia de acuerdo a las características de la población y sus aspectos psicosociales y culturales. La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia. Por otro lado, en nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, quien constituye un pilar básico en la provisión de cuidados de los pacientes. Sin embargo se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores. Los cuidadores comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su rol. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados.

En 1999 (WHO Fact Sheet “Caregiving”) la OMS define al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el rol de responsable del mismo en un amplio sentido, este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta”.

Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud (Deví y Almazán, 2002; Gaugler, Jarrott, Zarit, Parris, Townsend y Greene, 2004; Knussen, Tolson, Swan, Brogan y Stott, 2005 y Waelde y Thompson, 2004). Existen estudios que han encontrado que entre el 46 y el 59% de los cuidadores primarios se encuentran clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Tugrul, Eren, Ozcankaya, Civi, Erturk, Ozturk, 2003). Se han encontrado alteraciones en esta población que afectan a múltiples esferas –emocional, social,

estructural- y que éstas se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo (Deví y Almazán, 2002).

En 1992, la *North American Nurse Diagnostic Association* (NANDA) aceptó el estrés del rol de cuidador y los riesgos para tener estrés como problemas clínicos que requerirán intervención de enfermería. Se definió como un diagnóstico en donde se establece que es “la dificultad que siente el cuidador para realizar sus tareas de cuidado”. El riesgo para desarrollar estrés ocurre cuando el cuidador está vulnerable por sentir dificultad al realizar sus tareas de cuidador.

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se gasta en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propias actividades y recursos.

Algunos de los síntomas que se han identificado en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son carga del cuidador, patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera y miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés (Sadhna, Gavin y Greg, 2004; Signer, Yaacov, Shvartzman, 2005; Hudson, Aranda y Kritjanson, 2004).

Además, se ha encontrado evidencia que asegura que los cuidadores primarios pueden tener consecuencias incluso en su salud física. Por ejemplo, se ha encontrado que la presencia de síntomas negativos en el paciente con esquizofrenia predice la presencia de carga en el cuidador y la aparición de episodios de enfermedades infecciosas en el mismo. (Dyck, Short y Vitaliano, 1999)

Es por ello que el apoyo al cuidador debe tomarse como una actividad central y definitiva. Las necesidades de los cuidadores primarios son multidimensionales e incluyen apoyo psicológico, informativo, apoyo para manejar la fatiga y apoyo económico. En nuestros días, las necesidades de la familia son mayores que las del paciente.

En los últimos años, se han realizado diferentes investigaciones en donde se han evaluado a los cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de enfermedades, entre ellas trastornos neurológicos (Kausar y Powell, 1999; [McClendon, Smyth](#) y [Neundorfer, 2004](#)) o trastornos psiquiátricos (Cuijpers y Stam, 2000; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Maciejewski y Struening, 2004).

En lo que se refiere a cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, existen relativamente pocos estudios que valoren los efectos del cuidado de los pacientes en los mismos. Juárez y Ferrel (1996), reportan que los cuidadores de pacientes con dolor crónico generalmente

comprometen sus vidas privadas y se encuentran sobrecargados por el rol de cuidador. Esto debido a que son justamente ellos quienes suelen administrar los analgésicos, decidir si debe o no buscarse ayuda profesional, además del hecho de que observar que una persona querida está sufriendo trae consigo sufrimiento, sentimientos de abandono, ansiedad y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente.

En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades terminales, existe mucho más literatura (Hudson, 2004; Diwan, Hougham y Sachs, 2004; Singer, Bachner, Shvartzman y Carmel, 2005). El cuidador de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad (Deví y Almazán, 2002). La OMS (2002) promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no solo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado.

Con la idea de prevenir ingresos hospitalarios no planeados debido a crisis en el cuidador primario, es importante prevenir el riesgo de morbilidad física y psicológica durante el cuidado y las fases del duelo. Para ello, se considera necesario instituir sistemas efectivos de evaluación en las fases de referencia a través del tiempo gastado en el cuidado. Estos sistemas son necesarios para asegurar el contacto con la familia, registrar sus necesidades de cambio e informar los planes de cuidado.

No se encontraron estudios en población mexicana que nos permitan identificar cuáles son las características psicosociales de los cuidadores primarios de pacientes que asisten a una clínica de dolor. En México se pudieron encontrar estudios sobre cuidadores de pacientes con enfermedades respiratorias, parálisis cerebral infantil y enfermedades psiquiátricas (Lara-Palomino, González-Pedraza y Blanco-Loyola, 2008; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006; Martínez, Robles, Ramos, Santiesteban, García, Morales y García, 2008; Campean-González, Silevio-Vázquez y Castillo-Díaz, 2008) sin embargo no hay datos sobre cuidadores de pacientes con dolor o de pacientes terminales. En Latinoamérica se encontraron estudios sobre pacientes con demencia y pacientes con enfermedades psiquiátricas (Palacios-Espinosa y Jiménez-Solanilla, 2008). Es por ello que el presente estudio cobra relevancia pues puede proporcionar información importante acerca de los factores de riesgo en esta población y poder así desarrollar programas de prevención e intervención.

## **METODOLOGÍA**

### **Planteamiento del problema.**

¿Qué características psicosociales, demográficas, psicoafectivas y conductas de salud tendrán los cuidadores primarios de pacientes de la clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ?

### **Objetivo general:**

Describir las características psicoafectivas, psicosociales y conductas de salud de los cuidadores primarios de pacientes de la Clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar y describir las características psicosociales del cuidador primario
2. Medir el nivel de "sobrecarga del cuidador primario".
3. Identificar los síntomas de depresión que presente el cuidador primario.
4. Identificar los síntomas de ansiedad que presente el cuidador primario.
5. Identificar y describir las conductas de salud de los cuidadores primarios.

**Diseño.** Estudio no experimental, exploratorio, y descriptivo.

**Participantes.** Debido a que este es un estudio no experimental, no se realizó un cálculo del tamaño de la muestra. Se utilizó un tipo de muestra por disponibilidad. Se recabaron datos de los pacientes que acudieron por primera vez a consulta de clínica del dolor de agosto del 2006 a diciembre del 2006. La muestra total fue de 100 cuidadores primarios.

**Criterios de inclusión.** Los acompañantes (familiares, amigos o cuidadores) de los pacientes que fueron entrevistados cubrieron con los 3 aspectos de la definición de cuidador primario que propone la OMS en 1999:

- Asume voluntariamente el rol de cuidador
- Cubre las necesidades básicas del paciente (alimentación, hospedaje, higiene, vestido, salud)
- Toma decisiones por y para el paciente.

### **Criterios de exclusión.**

- Acompañantes que no acepten participar en el estudio
- Acompañantes que no cubran los tres criterios de la definición de cuidador primario de la OMS (1999).



## **VARIABLES A MEDIR.**

**VARIABLES PRINCIPALES:** Conductas de salud, tipo de cuidado, carga del cuidador, síntomas de ansiedad y depresión.

**CONDUCTAS DE SALUD:** aquellas que realizan personas estando sanas, con el propósito de prevenir la enfermedad, evitando las patógenas y practicando las inmunógenas. Se caracterizan por ser inestables y relativamente autónomas (Rodríguez-Ortega y Rojas-Russel 1998).

**TIPO DE CUIDADO:** es una variable que se describe en términos de la duración y el grado de impacto en la vida privada del cuidador así como en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés del rol del cuidador (Deví y Almazán, 2002).

**CARGA:** la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. La carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la práctica totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga (costos económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.) (Zarit y Zarit, 1982)

## **VARIABLES SECUNDARIAS:**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:** serán valorados a través de la encuesta de salud del cuidador primario informal (nombre, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y afiliación a instituciones de salud)

**MATERIALES.** Las variables serán valoradas a través de 2 instrumentos:

1. **ENCUESTA DE SALUD DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL (RAMOS DEL RÍO, 2006).** Es un instrumento de entrevista semi-estructurada, fue elaborada para el proyecto PAPITT No. IN3054062 del 2006 por la Mtra. Bertha Ramos del Río. Consta de 69 ítems divididos en siete dimensiones: características sociodemográficas, cuidado del paciente, apoyo social percibido, prácticas preventivas en salud, morbilidad percibida y diagnosticada, estilo de vida y salud mental. Cada dimensión se compone de preguntas abiertas, cerradas y de escalas tipo Likert, además cuenta con diversas subescalas. Fue modificada por los autores del presente trabajo en la dimensión de salud mental en la cual se agregaron las subescalas siguientes: depresión y ansiedad, estrés del cuidador primario, grado de dependencia del paciente, locus de control, satisfacción con el cuidado y áreas afectadas por el cuidado del paciente (Anexo 1)

Las subescalas de ansiedad y depresión fueron tomadas de la "Historia Clínica Multimodal" de Lazarus (1976). Dichas subescalas evalúan tanto componentes cognitivos como componentes

conductuales de los trastornos del estado de ánimo. Interroga los aspectos cognitivos de la ansiedad y la depresión que propone Beck (Beck y Steer, 2002). Y de igual forma se interroga la sintomatología física que se establece en el DSM-IV como criterios diagnósticos para los trastornos del estado de ánimo y para el trastorno de ansiedad generalizada (Anexo 2).

La Historia Clínica Multimodal es un instrumento que se ha empleado en numerosas investigaciones (Ruiz-Sánchez e Imberón-González, 2003; Kertesz, 2005) han arrojado resultados confiables y constituye la herramienta principal de la Terapia Multimodal.

**2. La Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit y Zarit, 1982):** En su versión en español mide la sobrecarga subjetiva que se define como “las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar”. Consta de 22 ítems que se responden en escala likert de 5 puntos en donde: Nunca=0, Rara vez=1, Algunas veces=2, Muchas veces=3 y Casi siempre=4. El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con el enunciado. Esto permite identificar la frecuencia con la cual se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular y el ítem 22 ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador y la califica en nada=0, poco=1, moderada=2, mucha=3 y extremada=4. El instrumento original consistía en un cuestionario de 29 elementos, en una revisión posterior se redujo el número de elementos a 22 y se estableció el punto de corte en 25 puntos. Se considera un nivel alto de sobrecarga cuando la puntuación general rebasa el punto de corte.

Dicho instrumento mide en la mayoría de los ítems la carga subjetiva y, aunque esto debe tenerse en cuenta a la hora de interpretarse, los resultados de distintos estudios muestran que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de buenas propiedades psicométricas. Las puntuaciones de sobrecarga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados.

La variable de carga toma en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados. Las respuestas a los elementos se suman para obtener un índice único de la carga. (Anexo 3)

### **Participantes:**

A los acompañantes (familiares o cuidadores) de los pacientes que acuden a consulta de clínica del dolor o cuidados paliativos del INCMNSZ se les realizaron tres preguntas que los confirmaron como cuidadores primarios. Dichas preguntas interrogaban los tres puntos principales de la definición de cuidador primario que propuso la OMS en 1999 (asumen el rol de manera voluntaria,

cubren las necesidades básicas del paciente y toman decisiones por y para el paciente). Todos aquellos acompañantes que respondieron de manera afirmativa a las tres preguntas fueron invitados a participar en el estudio y se les pidió leer y firmar el consentimiento elaborado para este estudio.

### **Recolección de datos:**

Se procedió a entrevistarlos con la “Encuesta de salud del cuidador primario informal” (Ramos del Río, 2006) y finalmente se les pidió contestar la “Entrevista sobre la carga del cuidador” (Zarit y Zarit, 1982), ambas descritas anteriormente. La aplicación de los dos instrumentos tomó entre 30 y 40 minutos. Los datos fueron recolectados y procesados en una base de datos.

### **Análisis estadístico.**

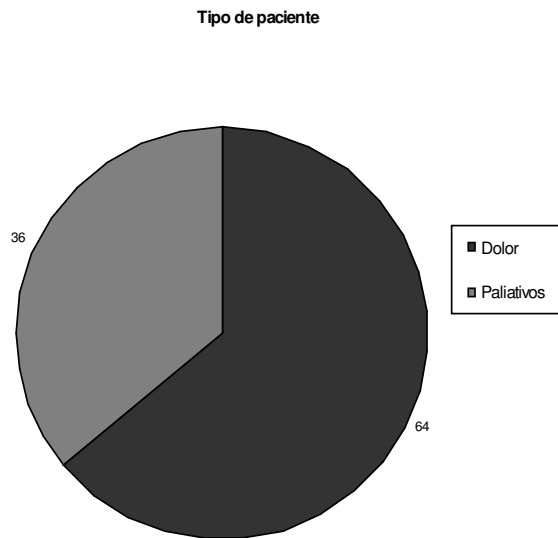
Los datos se recolectaron y procesaron con el programa SPSS 12.0. Se obtuvo la estadística descriptiva de los datos demográficos. Para fines del análisis estadístico de síntomas afectivos se dividió a la muestra en dos grupos de acuerdo al tipo de pacientes que cuidan: uno de cuidadores de pacientes con dolor crónico (n=65) y otro de cuidadores de pacientes paliativos (n=35). Se realizó una comparación de medias con una prueba t de Student de las puntuaciones de ansiedad y depresión de ambos grupos. Posteriormente se realizó una correlación de las puntuaciones de ansiedad, depresión y carga con una prueba de Pearson. Finalmente se realizó una prueba de confiabilidad interna para ambos instrumentos utilizados por medio de una alfa de Chronbach y un análisis de Kuder-Richardson.

## **RESULTADOS**

### **Datos sociodemográficos**

En primer lugar se muestra la distribución de los cuidadores de acuerdo al tipo de paciente, en la figura 1 se puede observar que 36 cuidadores corresponden a pacientes en cuidados paliativos, es decir pacientes con diagnóstico de terminalidad – 6 meses o menos de vida-; mientras que los 64 cuidadores restantes acompañaban a pacientes con dolor crónico sin diagnóstico de terminalidad.

**Figura 1. Distribución de los cuidadores primarios de acuerdo al tipo de paciente (en cuidados paliativos o con dolor crónico)**



En la tabla 1 se puede observar que la media de edad de los cuidadores es alrededor de los 50 años y la media de edad de los pacientes alrededor de los 60 años. De igual forma se observa que en esta muestra se encuentran mayoritariamente mujeres cuidando de mujeres. De igual forma se pueden observar los datos correspondientes a ocupación, estado civil, parentesco con el paciente y diagnóstico del paciente. Se observa que únicamente 20 de los cuidadores considera el cuidado del paciente como una ocupación adicional. De igual forma se puede identificar que la mayoría de los cuidadores son casados (66) y una cantidad menor son solteros (22). En cuanto al parentesco, 70 de ellos se distribuyen entre pareja e hijos del paciente. Y se observa que el diagnóstico más común es cáncer.

En cuanto a la escolaridad, la media reportada equivale a bachillerato no concluido. Finalmente en cuanto a los datos sociodemográficos se encontró que el 91% de los cuidadores viven con sus familias nucleares y únicamente el 9% de ellos viven solos.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de los cuidadores en relación a edad, sexo, ocupación, estado civil, parentesco con el paciente y diagnóstico del paciente.**

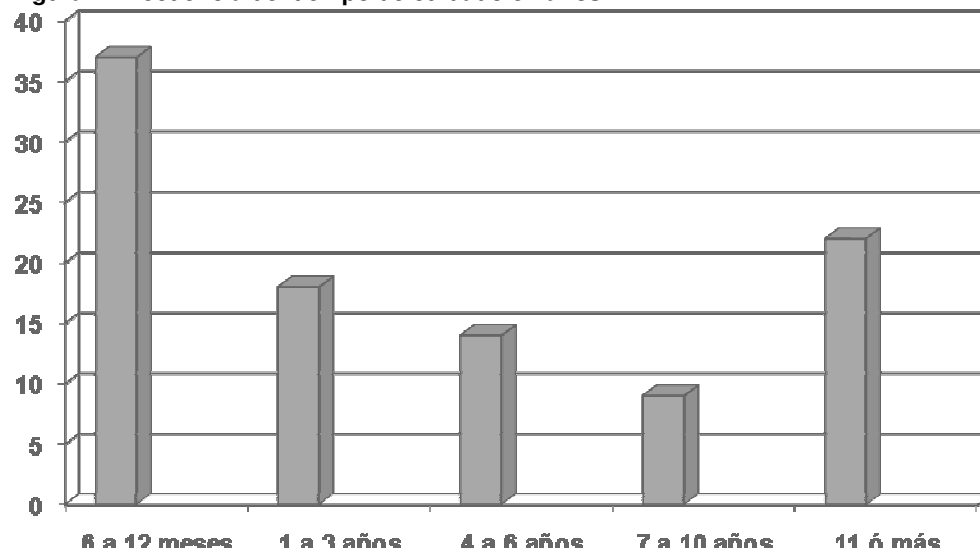
		<b>CUIDADOR</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>EDAD</b>	Media	47.53	60.71
	D.E.	13.03	15.90
<b>ESCOLARIDAD</b>	Media	10.48	Sin dato
	D.E	4.48	Sin dato
		%	%
<b>SEXO</b>	Femenino	67	62
	Masculino	33	38
			<b>FRECUENCIA</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	TRABAJA		<b>42</b>
	LABORES DEL HOGAR		<b>20</b>
	TRABAJA Y CUIDA		<b>14</b>
	CUIDA		<b>10</b>
	HOGAR Y CUIDA		<b>6</b>
	OTROS		<b>8</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	CASADO		66
	SOLTERO		22
	UNION LIBRE		7
	DIVORCIADO		3
	VIUDO		2
<b>PARENTESCO</b>	PAREJA		37
	HIJO		33
	PADRES		11
	HERMANO		10
	AMIGO		9
<b>DIAGNÓSTICO</b>	CÁNCER		40
	DOLOR NEUROPÁTICO		23
	DOLOR SOMÁTICO		22
	DOLOR VICERAL		7
	OTROS		8

### **Tipo de cuidado**

En los datos sobre el tipo de cuidado ( número de horas al día dedicados al cuidado del paciente y el tiempo que llevan de cuidar al paciente en meses) se encontró que 30% de los

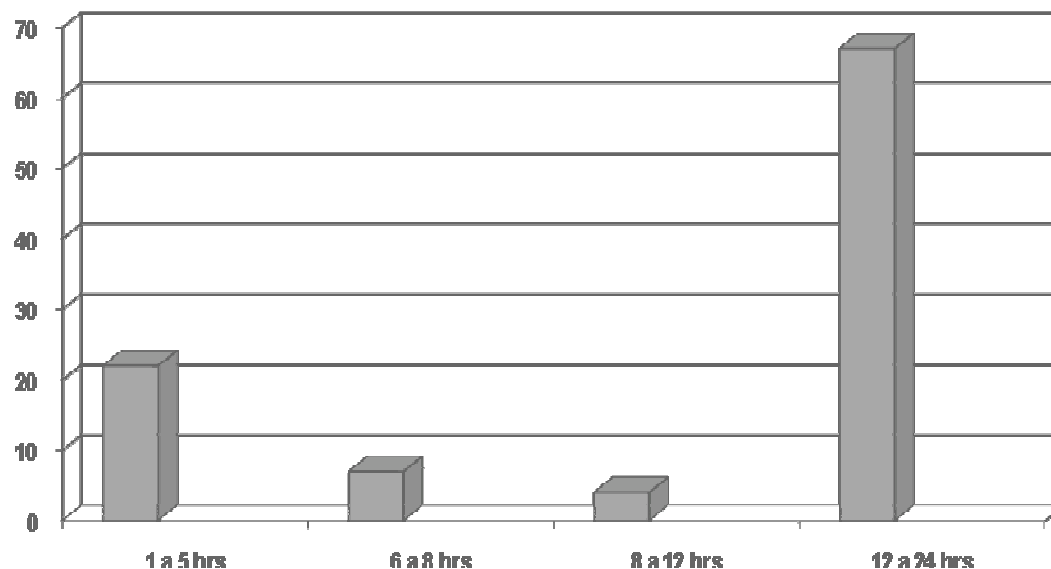
cuidadores tienen menos de un año cuidando a su paciente; cerca del 20% de ellos, son cuidadores desde hace más de 11 años; otro 30% se divide entre 2 y 6 años de cuidado y finalmente otro 20% se ubica entre los 7 y los 10 años de cuidado (Figura 2). Al convertir estos datos a meses, se observa que los cuidadores tienen una media de 60,8 meses de actividad como cuidadores primarios con una desviación estándar de 49 meses.

**Figura 2. Frecuencia del tiempo de cuidado en años**



Finalmente se puede observar en la figura 3 que el tiempo de cuidado en horas para el 67% de los cuidadores es de 12 a 24 horas al día de dedicación al paciente, un 20% de los cuidadores se dedica entre una y 5 horas al día y el resto de los cuidadores se dedican entre 6 y 12 horas al día a sus pacientes.

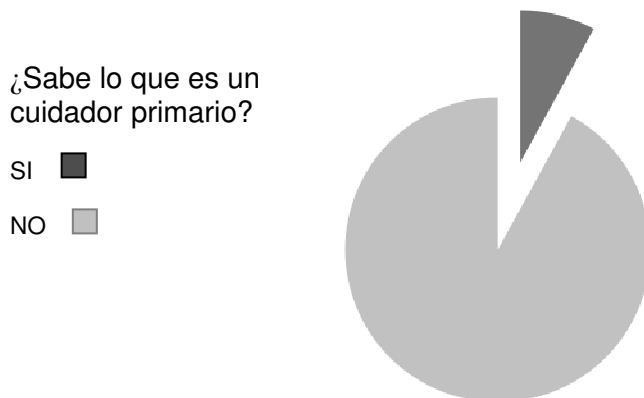
**Figura 3. Tiempo de cuidado en horas al día.**



## Información que el cuidador recibe por parte del equipo de salud

En cuanto a los resultados acerca de la información que los cuidadores han recibido se encontró el 98% de los cuidadores ignora lo que es un cuidador primario (Figura 4) e ignora de igual forma las maneras que tiene un cuidador para cuidar de su salud.

**Figura 4. Información que los cuidadores han recibido sobre su rol y las conductas de salud adecuadas para su rol.**

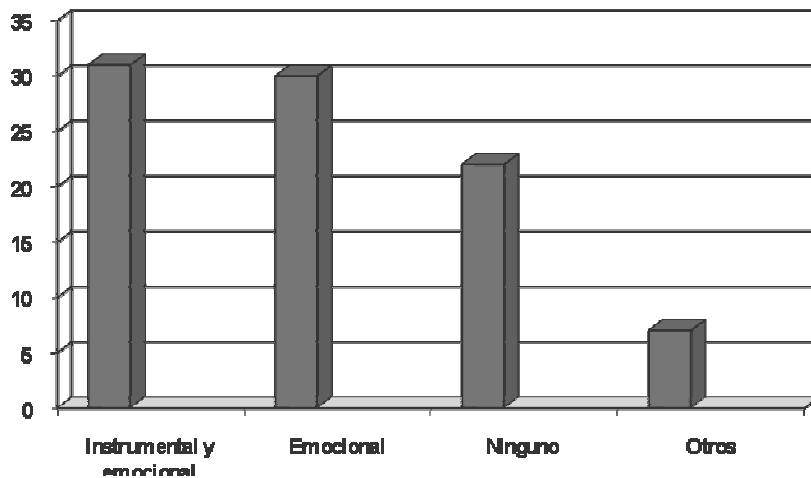


Con respecto a la información acerca del padecimiento del paciente se encontró que en 70 de los casos es el médico quien la ha proporcionado; sin embargo un cerca del 30% de los cuidadores no había recibido ningún tipo de información, mientras que únicamente en 2 casos el cuidador fue quien buscó la información en diversas fuentes. Finalmente, se encontró que sólo el 30% de los cuidadores confirmaron haber recibido información completa en diversas áreas como: el tipo de padecimiento, las opciones de tratamiento, las actividades para realizar los cuidados adecuadamente, la toma de medicamentos y la alimentación adecuada. El resto había recibido información sobre un solo tema o no había recibido información.

## Apoyo percibido

En cuanto al apoyo que el cuidador percibe del medio ambiente se encontró que 70% de ellos perciben que reciben apoyo de alguna persona cercana. Sin embargo existe un 30% que no identifica a alguna persona que le brinde apoyo para el cuidado. Se puede observar en la figura 5 que 31% de los cuidadores perciben que el apoyo se da de forma instrumental y emocional en conjunto; 30% de ellos únicamente perciben un apoyo emocional y hay un 22% que no identifican ningún tipo de apoyo. El 7% restante identifica apoyos de tipo económico e institucional por parte del medio ambiente.

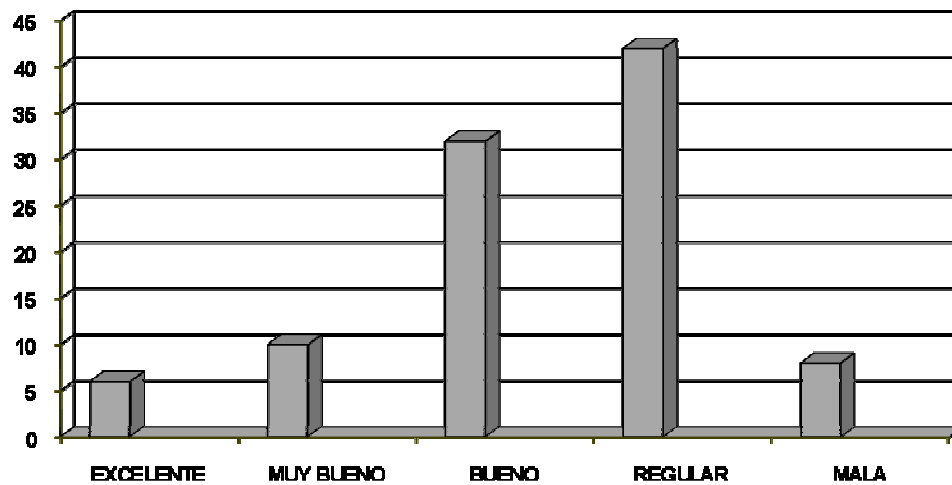
**Figura 5. Tipo de apoyo percibido por el cuidador primario**



**Estado de Salud percibido y conductas de salud**

Con respecto al estado de salud percibido, se encontró que 77 de 100 de los cuidadores perciben su estado de salud entre bueno y regular. El estado de salud percibido con mayor frecuencia fue “regular” en 42 de ellos. Solamente 6, percibieron su estado de salud como “excelente” y 10 de ellos como “muy bueno” (Figura 6).

**Figura 6. Estado de salud percibido en los cuidadores primarios**



En cuanto a las conductas de salud se encontró que únicamente el 14% de los cuidadores acuden al médico inmediatamente cuando se sienten enfermos, 34% de ellos no acuden al médico y 52% de ellos acuden pero esperan un tiempo antes de acudir.

Los resultados de la entrevista mostraron que 28% de los cuidadores afirmaron que no se automedican a causa de ningún síntoma que se presente, mientras que 62% de los cuidadores reportaron automedicación a causa de uno y hasta por 4 síntomas distintos, entre los cuales se

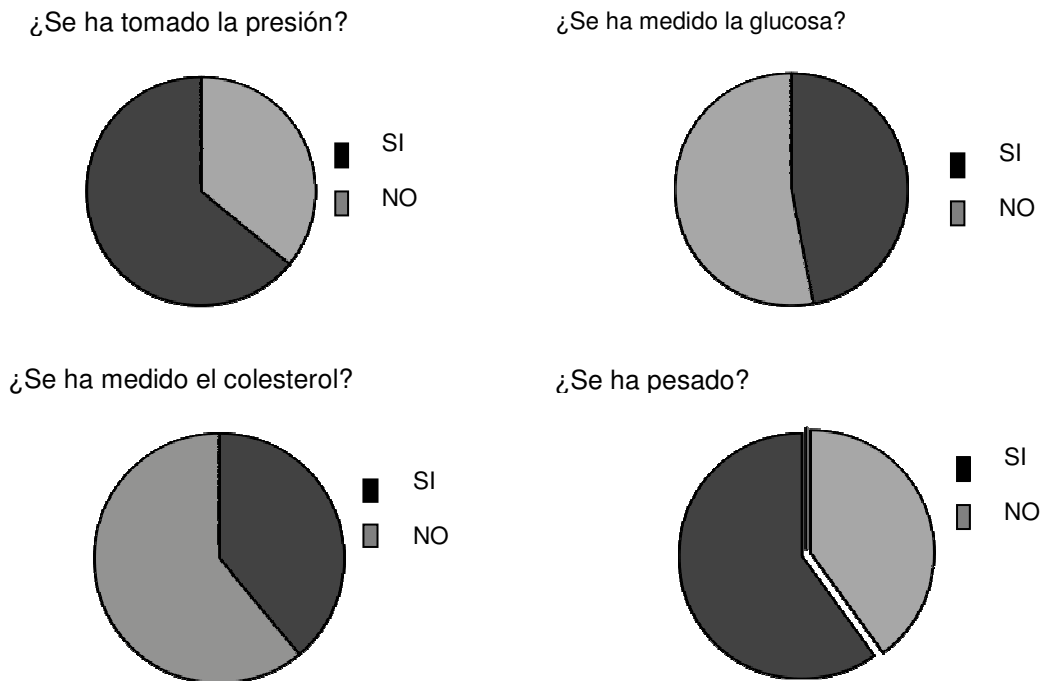


encontraron con mayor frecuencia de reporte: dolor de cabeza (57%), dolor de estómago (34%), dolor muscular (28%), gripe (46%) y fiebre (39%) entre otros.

Asimismo, se encontró que únicamente la mitad de los cuidadores (n=50) se habían realizado un examen médico general en el último año y los motivos principales que mencionaron para no realizarlo fueron: 23 (46%) cuidadores dijeron no percibir algún problema de salud, 10 cuidadores (20%) dijeron que fue por falta de tiempo, 8 (15%) mencionaron motivos económicos y 9 más (18%) diversos motivos específicos

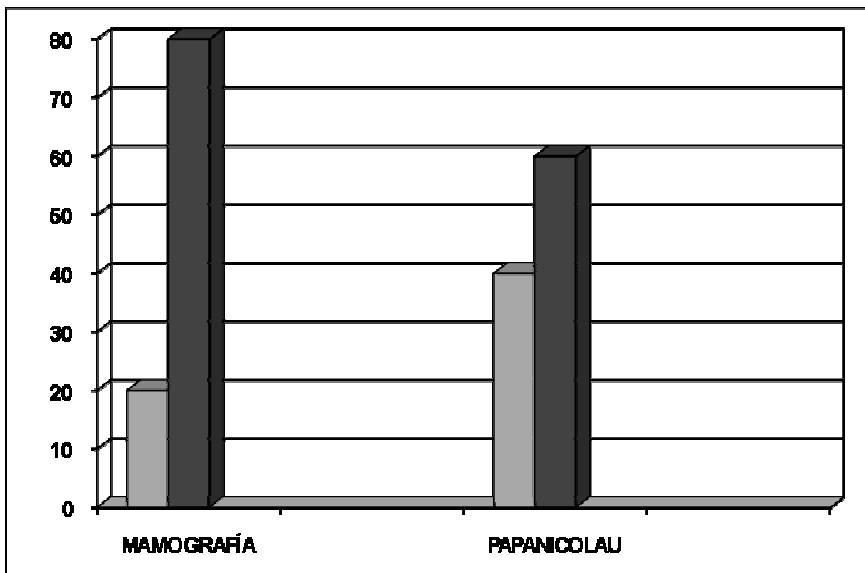
En cuanto a conductas de salud se encontró que 64% de los cuidadores si habían monitoreado su presión, 47% de ellos habían monitoreado su glucosa, únicamente 39% habían revisado su colesterol y 60% de ellos habían monitoreado su peso dentro de los últimos 3 meses. (Figura 7). Es decir entre el 30 y el 50% de los cuidadores no presentaron conductas de salud dentro de los últimos 3 meses.

**Fig. 7. Conductas de salud de los cuidadores primarios**



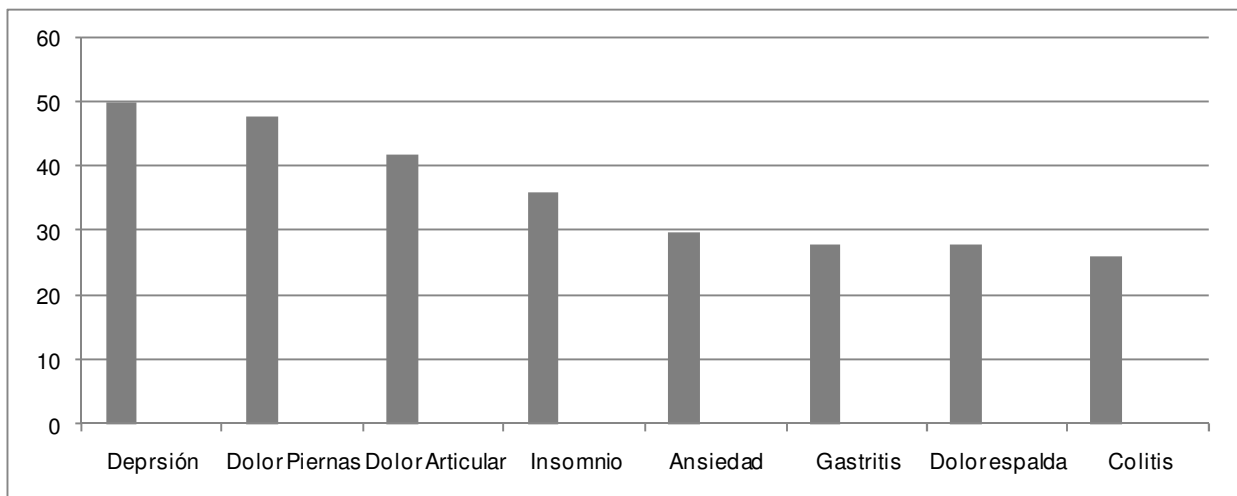
Al entrevistar a las cuidadoras sobre las conductas de salud se encontró que sólo el 20% de ellas se había realizado una mamografía y el 40% de ellas un papanicolau. (Figura 8).

**Fig. 8. Conductas de salud de las cuidadoras primarias**



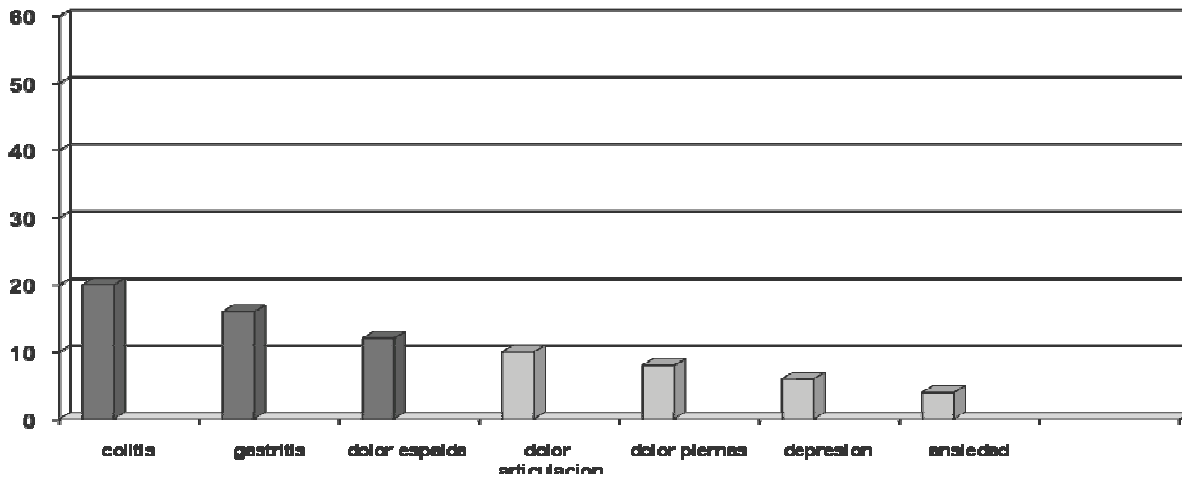
En el rubro de morbilidad percibida se encontró que los padecimientos con mayor frecuencia de reporte fueron depresión en 50 de los cuidadores, dolor de piernas en 48 de ellos, dolor articular en 46 de ellos e insomnio en 38 de ellos. Le siguieron reportes de ansiedad, gastritis, dolor de espalda y colitis entre los principales (Figura 9).

**Figura 9. Frecuencia de padecimientos en el rubro “morbilidad percibida” de los cuidadores primarios**



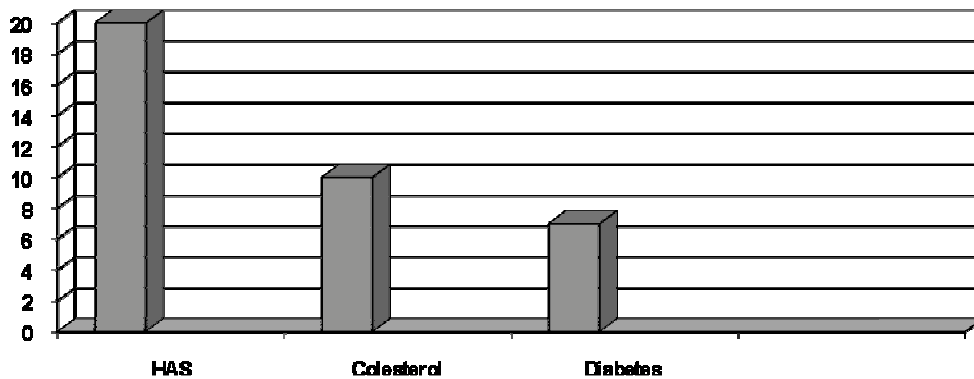
Al interrogar el rubro de “morbilidad diagnosticada” se encontró que los padecimientos que habían sido diagnosticados con mayor frecuencia por un médico en los cuidadores fueron gastritis únicamente en 20 de los cuidadores, colitis en 16 de ellos y dolor de espalda en 13 de ellos. Los demás padecimientos tuvieron una frecuencia de reporte menor a 10 (Figura 10).

**Figura 10. Frecuencia de padecimientos en el rubro “morbilidad diagnosticada” de los cuidadores primarios**



Al interrogar sobre el uso de medicamentos se encontró que 37 de los 100 cuidadores habían tomado medicamentos por más de 6 meses. Los cuidadores que han tomado los medicamentos por más de 6 meses se distribuyen de la siguiente manera: 20 de ellos toman medicamentos para hipertensión arterial, 10 de ellos para colesterol alto y 7 de ellos para diabetes mellitus (Figura 11).

**Figura. 11. Padecimientos por los cuales los cuidadores han consumido medicamentos por más de 6 meses**



N= 37 cuidadores

HAS= hipertensión arterial sistémica

En el eje de las abscisas se encuentra el tipo de padecimiento por el cual el cuidador reportó consumir los medicamentos por más de 6 meses

En el eje de las ordenadas se encuentra el número de cuidadores que dieron reporte

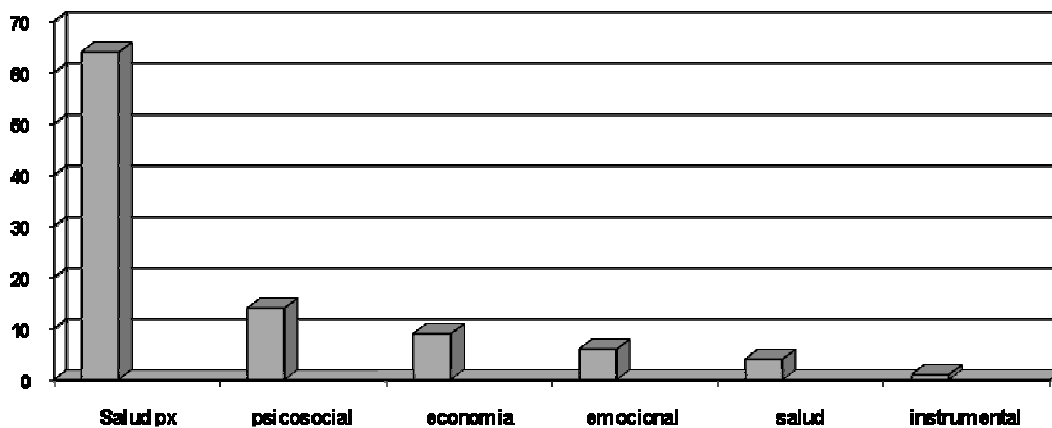
Al interrogar sobre otras conductas de salud, de los 100 cuidadores entrevistados se encontró que 63 no han acudido a un dentista en el último año. En cuanto a la salud ocular, se encontró que 21 nunca han acudido a un oftalmólogo, 16 no recuerdan hace cuanto tiempo acudieron a consulta con dicho especialista y 46 de ellos acudieron hace más de seis meses. Sobre hábitos en el estilo de vida, diez cuidadores reportaron ser fumadores, de ellos 9 fuman todos los días y el 100% de ellos reconocen haber aumentado la frecuencia de consumo en el

último año. En cuanto a consumo de alcohol se encontró que 46 de los cuidadores refieren no consumir bebidas alcohólicas, 42 de ellos reportaron consumo de una vez por mes, nueve de ellos una vez por mes y tres de ellos reportaron frecuencias de consumo diarias.

### Salud Mental

En el rubro de salud mental se interrogó a los cuidadores sobre su asistencia a un servicio de salud mental y se encontró que 80% de los cuidadores no han asistido nunca. Se les preguntó a los cuidadores sobre sus principales preocupaciones y se encontró que 64 de ellos identifican la salud del paciente como su principal preocupación, le siguen preocupaciones como la economía, problemas familiares y de relación, con menor frecuencia se encontraron reportes de problemas emocionales (Figura 12).

**Figura 12. Principales preocupaciones de los cuidadores primarios**



Sobre otras conductas de salud mental que se interrogaron se encontró que 72 de los 100 cuidadores reportaron tener un pasatiempo que los distrae de sus actividades mientras que 18 de ellos reportaron no tener actividades recreativas.

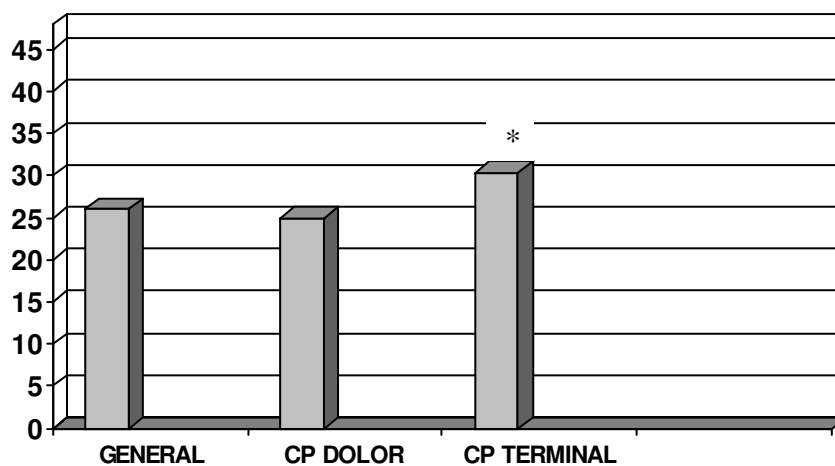
Se encontró que el 100% de los cuidadores reconocieron haber tenido al menos una actividad cotidiana afectada a causa del cuidado del paciente. Las actividades con mayor puntuación de afectación en una escala de cero a diez, en donde cero equivale a nada afectadas y diez equivale a completamente afectada fueron: la convivencia con la pareja, el estado de ánimo, el sueño, los planes a futuro y los pasatiempos. El estado de ánimo fue la que identificaron como mayormente afectada con una media de 5.5

Con respecto al estado de ánimo primero se probó la confiabilidad interna de la subescala de ansiedad y depresión que se utilizó en el presente trabajo. La confiabilidad interna se midió a través de la prueba del alfa de Chronbach. Se corrió también un análisis con el método de Kuder-Richardson que permite observar la correlación de cada ítem con la prueba. De esta forma se

obtiene la media, la varianza y el alfa total de la prueba si se elimina cada uno de los ítems. En el caso de la subescala utilizada, ninguno de los ítems debió ser eliminado al reportar correlaciones superiores a .20 lo cual habla de una buena confiabilidad interna. El alfa total de la prueba fue de .89 que reafirma el hecho de una elevada confiabilidad interna. La confiabilidad temporal de la subescala no se midió en este estudio por lo cual no se utilizó el método test-retest.

En las puntuaciones de dicha escala (Figura 13), la media de la población fue de 26.05 (D.E= 9.5) de 48 puntos posibles para depresión. Con el fin de comparar las puntuaciones de depresión en los dos grupos: cuidadores de pacientes con dolor crónico y cuidadores de pacientes paliativos, se realizó una prueba t de Student y se encontraron diferencias significativas únicamente en las puntuaciones de depresión (30.4 vs 25 p=.010) en donde los cuidadores de pacientes paliativos reportan un mayor grado de sintomatología depresiva en comparación con los cuidadores de pacientes con dolor crónico.

**Figura 13. Puntuaciones promedio obtenidas en cada grupo en la escala de depresión**



**GENERAL:** Muestra total

**CP dolor:** Cuidadores primarios de pacientes con dolor

**CP Terminal:** Cuidadores primarios de pacientes terminales

\* p<.05 al compararlo con el grupo de dolor

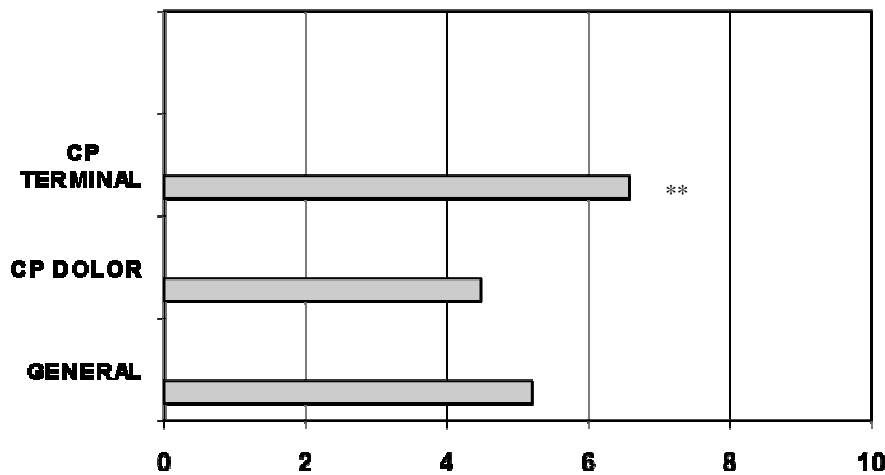
En un análisis cualitativo de la escala se encontró que los síntomas depresivos con mayor porcentaje de reporte fueron los siguientes: Ganas de llorar (73%), irritabilidad (69%), fatiga (67%), tristeza (65%), problemas para concentrarse (60%), Problemas de sueño (59%) y dolor de cabeza (50%).

En cuanto a las puntuaciones de ansiedad, la media de la población fue de 15.7 (D.E.=6.9) de 36 puntos posibles. Con el fin de comparar las puntuaciones de ansiedad y depresión en los dos grupos: cuidadores de pacientes con dolor crónico y cuidadores de pacientes paliativos, se realizó una prueba t de Student y no se encontraron diferencias significativas.

En un análisis cualitativo, los síntomas de ansiedad con mayor porcentaje de reporte fueron: tensión nerviosa o estrés (66%), problemas para concentrarse (60%) y nerviosismo o ansiedad (50%).

Posteriormente se analizó el reporte del impacto de la actividad de cuidado sobre el estado de ánimo (fue medido en una escala likert de 0 a 10), en donde a mayor puntuación, mayor impacto. Se encontró que la media fue de 5.2 (D.E= 3.5) para la población general, y al realizar una comparación de las medias del impacto del cuidado sobre el estado de ánimo en los dos grupos anteriormente mencionados se encontró que los cuidadores de pacientes terminales reportan una media mayor ( 6.58 vs 4.47 p=.003) que los cuidadores de pacientes con dolor en cuanto al impacto en su estado de ánimo; es decir el cuidador del paciente terminal reporta un mayor impacto de su actividad como cuidador sobre su estado de ánimo (Figura 14 ).

**Figura 14. Puntuación promedio de la percepción del grado de impacto de la actividad de cuidado en el estado de ánimo del cuidador obtenido por cada grupo estudiado**



El grado de impacto se evaluó en una escala de cero a diez puntos en donde a mayor puntuación, mayor percepción de impacto.

**CP TERMINAL:** cuidadores de pacientes terminales.

**CP DOLOR:** cuidadores de pacientes con dolor

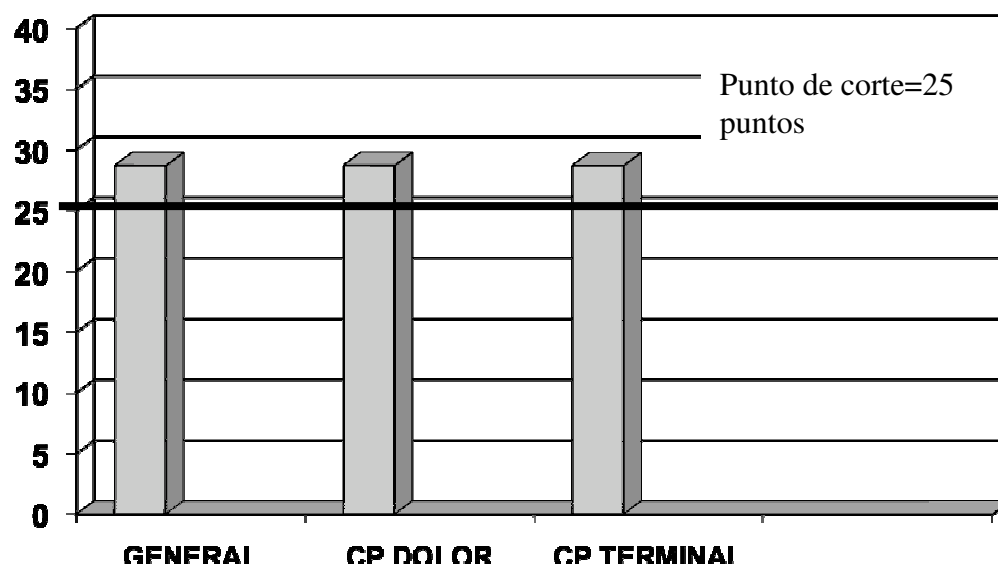
**GENERAL:** cuidadores en general

\* p=.003 al compararlo con el grupo de cuidadores de pacientes con dolor

Enseguida se presenta el análisis de la escala de carga de Zarit. En el presente estudio, esta escala obtuvo una confiabilidad de .82 medido por medio del alfa de Chronbach. Se encontró que la media de la población fue de 28.68 puntos (D.E. = 14.64). La media de la población general rebasa el punto de corte establecido por la escala (25) lo cual indica un nivel alto de sobrecarga de acuerdo a lo reportado en la literatura. Posteriormente se realizó una comparación de medias de las puntuaciones de la escala de Zarit para ambos grupos (cuidadores de pacientes con crónico y cuidadores de pacientes paliativos). Por medio de una t de Student, no se

encontraron diferencias significativas entre los grupos; es decir se encuentran igualmente sobrecargados (Figura 15).

**Figura 15. Puntuaciones promedio obtenidos en la escala de sobrecarga de Zarit por cada grupo**



**GENERAL:** población total  
**CP DOLOR:** cuidadores de pacientes con dolor  
**CP TERMINAL:** cuidadores de pacientes terminales

Finalmente en los análisis de correlación bivariada entre las variables de sobrecarga, ansiedad y depresión realizados por medio de una prueba de Pearson, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las variables de depresión y sobrecarga ( $r=.496$   $p=.001$ ); ansiedad y sobrecarga ( $r=.527$   $p=.0001$ ) y ansiedad y depresión ( $r=.813$   $p=.0001$ ).

## DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos se puede brindar una primera descripción de la población de cuidadores primarios en un servicio de medicina del dolor y paliativa en un hospital de tercer nivel. Los cuidadores suelen ser mujeres con una media de edad de  $47.54 \pm 13.03$  años, familiares cercanos del paciente en su mayoría pareja o hija. Esta información concuerda con las investigaciones revisadas en la literatura en donde se reportan promedios similares con respecto a estas características (Paz-Rodríguez, 2005; Stone, Caferate y Sangi, 1987; Rodríguez et al. 2000., Yee y Schulz, 2000). En cuanto a la ocupación del cuidador se encontraron diferencias con respecto a lo reportado en la literatura revisada, el 56% de los cuidadores trabaja y únicamente 26% de ellos se dedica al hogar, mientras que en la literatura revisada se reporta como la principal ocupación (56%) las labores del hogar. Esta información se atribuye al lugar de estudio y a la escolaridad media reportada (11.4 años de estudio equivalente a bachillerato técnico), situación

que también contrasta con lo reportado en otras investigaciones (Lopes- Monteiro da Cruz et al., 2004; Devi y Almazán. 2002; Tugrul et al., 2003; Castro et al., 2007) en donde se reporta un nivel cultural bajo y una media de 7 años de estudio correspondiente a primaria completa o secundaria trunca para los cuidadores. Esta información es de utilidad al momento de diseñar estrategias de intervención ya que se ha encontrado que a medida que aumenta la escolaridad en el cuidador disminuyen los sentimientos de falta de competencia, depresión y ansiedad (Paz-Rodríguez, 2005).

En lo referente a las características de los pacientes se pudo observar que son predominantemente mujeres, hecho que se contrapone a lo reportado en la mayoría de la literatura extranjera, en donde los pacientes son mayoritariamente de sexo masculino en el total de los casos. (Pinquart y Sorensen, 2006; Jerrom, Main y Yukanrake, 1993; Hyunsook, 2003; Devi y Almazán, 2002; Lopes-Monteiro da Cruz et al., 2004) . En nuestra población encontramos mujeres cuidando de mujeres. Este punto debe contemplarse al diseñar programas de intervención que en el caso particular de esta población deberá enfocarse en mujeres, sobretodo al plantear estrategias que favorezcan el cuidado de la salud. Por otra parte la edad media de los pacientes se ubicó en 60.71+/- 15.90 que se asemeja a lo encontrado en estudios latinoamericanos (Paz-Rodríguez, 2005, Lopes-Monteiro da Cruz, De Mattos-Pimenta, Kurita y De Oliveira, 2004).

El principal diagnóstico fue de algún tipo de dolor, seguido por el diagnóstico de cáncer, al ser éste el primer estudio que describe la población de una unidad de dolor y cuidados paliativos se observa que hay más pacientes pertenecientes a la especialidad de algología, que pacientes en cuidados paliativos, esta situación se atribuye al tipo de atención brindada en el hospital y no se podría reportar como una constante en otros servicios de dolor y medicina paliativa.

Con respecto al tiempo de cuidado, que es el número de horas al día y el tiempo de cuidado en meses (Lopes-Monteiro et al., 2004), se puede observar que el cuidador pasa la mayoría del tiempo en su rol, el equivalente a más de 180 horas por semana, superando el promedio de la literatura internacional que es de 50 a 60 horas a la semana (Tennstedt y Mckinaly, 1989), sin embargo los datos concuerdan con la investigación de Rodríguez et al. (2000) quien identifica que un alto porcentaje de cuidadores atienden más de 20 horas al día a su paciente percibiendo el cuidado como una actividad que exige tiempo completo. Por otro lado, se puede observar que la mayoría de los cuidadores entrevistados se agrupan en los dos polos de la escala; es decir, llevan menos de un año como cuidadores o bien tienen ya más de once años como tales. Estas dos etapas se han identificado por algunos estudios (Hyunsook, 2003; McClendon, Smith y Neundorfe, 2004 y Hudson, Aranda y Kristijanson, 2004) como los puntos en los que los cuidadores reportan mayor grado de estrés y sobrecarga, en un caso por el ajuste a la nueva actividad y las demandas que ello requiere y en el otro por "síndrome del cuidador" en donde el cuidador se encuentra sobrecargado debido al tiempo y cantidad de recursos tanto personales como económicos que deben destinarse a tantos años de cuidado (Muñoz-Cobos, Espinoza-



Almendro, Portillo-Strempele y Rodríguez-González, 2004). Además, los cuidadores permanecen con el paciente la mayor parte del día, conducta que se ha asociado a una mayor sobrecarga (McClendon, Smith y Neundorfe, 2004 y Hudson et al., 2004) y a mayores crisis dentro del núcleo familiar. Se ha descrito también que las características del cuidado inciden directamente en la sobrecarga y en el estado de ánimo del cuidador (Zarit y Zarit, 1982).

Los datos del tipo de cuidado en el presente estudio, coinciden con lo encontrado por Lopes Monteiro da Cruz en 2004 en un estudio realizado en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico. En dicho estudio reportan que la mayoría de los cuidadores permanecen casi todo el día con el paciente (de 12 a 24 hrs), lo cual deja un margen pequeño para la realización de diversas actividades que podrían ayudar a los cuidadores a disminuir el impacto de la carga de su rol. El estudio se realizó en Brasil por lo que se podrían sugerir mayores similitudes culturales con respecto a otros estudios realizados en países como Inglaterra y Estados Unidos.

De igual forma se observa que los cuidadores en este estudio no perciben el cuidado como una ocupación extra sino que la ven como una obligación que deben satisfacer al no diferenciar la actividad de cuidado. Cuando se les pregunta ¿cuál es su ocupación? Responden únicamente trabajo u hogar y no responden ambas: cuidado más trabajo o bien cuidado más labores del hogar a pesar de tener dicha opción de respuesta. Esto es congruente con lo encontrado en cuidadores primarios en España quienes consideraban el cuidado como una obligación (Aznar, Bes, Alcalá y Andrés. 2002). Los factores anteriores pueden considerarse como puntos importantes para el diseño de intervenciones eficaces que disminuyan el estrés y la sobrecarga.

Por lo que respecta al concepto de “cuidador primario” el 98% de los cuidadores no lo tienen claro y no identifican su rol como tal, esta falta de identificación con su rol condiciona elevados niveles de estrés, minimiza las posibilidades de pedir ayuda o recibirla por parte de familiares y puede llegar a dificultar sus actividades así como el hecho de tomar decisiones por el paciente o para el paciente. Los cuidadores se identifican como “responsables” del paciente sin embargo desconocen la figura de “cuidador”. Lo anterior concuerda con Rodríguez, Millan, García, Gutiérrez, Gonzalo y López, 2000 y con Paz- Rodríguez, 2005.

En cuanto a la información que reciben sobre el padecimiento del paciente, hay un porcentaje considerable (30%) que no ha recibido ningún tipo de información, esta situación condiciona de igual forma elevados niveles de estrés y dificultades emocionales como ansiedad y depresión por lo que es de vital importancia fomentar en los cuidadores habilidades de comunicación que les permitan obtener información sobre el padecimiento del paciente.

Contrario a los resultados esperados, el 68% de los cuidadores del estudio perciben apoyo de algún tipo aunque hay un porcentaje de 22% que no perciben ningún tipo de apoyo, población que puede ser un blanco importante de intervención para paliar los efectos del estrés.

Con respecto a la salud y su cuidado, podría llegar a asegurarse que el ser cuidador genera un riesgo inminente para el deterioro de la misma. Se encontró que la mayoría de los cuidadores reportaron tener una salud “regular”. Al observar la morbilidad percibida, los cuidadores reportan como sus principales quejas problemas gastrointestinales y dolores de espalda o articulares así como depresión y ansiedad; de igual forma del total de cuidadores que fuman el 100% de ellos aumentaron su consumo diario y lo atribuyen a sentimientos de ansiedad o incapacidad. Todos los mencionados anteriormente se identifican como problemas de salud relacionados estrechamente con el estrés. Estos reportes concuerdan con las investigaciones de Flórez, Adeva, García y Gómez (1997) y Paz-Rodríguez,( 2005).

En cuanto a conductas de salud llaman la atención los resultados obtenidos en donde se observa que los cuidadores no están realizando conductas que protejan su estado de salud, muy pocos acuden a un médico al percibir deterioro en la salud y cerca del 35% no acuden al médico si presentan algún malestar; algunos de sus principales motivos para no acudir es “falta de tiempo” o la percepción de que “se sienten bien”. Estas cifras pueden ser alarmantes al considerar que el 35% de los cuidadores encuestados padecen una enfermedad crónico-degenerativa. Únicamente la mitad de los cuidadores había realizado un examen médico en el último año a pesar de que el 80% de ellos reportaron al menos un síntoma menor como dolor, gripe, fiebre y náuseas. La conducta más común que reportaron fue el automedicarse. Si se toma en cuenta que la mayoría de los cuidadores es de sexo femenino es importante resaltar el hecho de que únicamente el 40% de ellas se había realizado el papanicolau y sólo el 20% de ellas había realizado una mamografía de control. Se hace evidente el impacto de la labor de cuidado sobre las conductas de salud. Este tipo de comportamiento es importante señalarlo e intervenirlos para mejorar la salud de los cuidadores y favorecer la aparición de inmunógenos conductuales. El deterioro en la salud y los riesgos que implica el ser cuidador han sido documentados de forma amplia en la literatura al respecto (Deví y Almazán, 2002; Sherman , Brodaty, Setb y Burn, 2008; Dumont, Fillion, Gagnon y Bernier, 2008; Castro. King, Housemann y Backack, 2007; Rabinowitz, Mausbach, Thopson y Gallagher-Thompson, 2007 y Cooper, Balamurali, Selwood y Livingston 2007).

Por otro lado se encontraron datos significativos de “estrés del rol del cuidador” entre los que se encuentran una preocupación inminente por la salud del paciente por encima de cualquier otro problema o circunstancia, una falta importante de actividades recreativas así como múltiples actividades cotidianas afectadas, entre las que destacaron el estado de ánimo en primer lugar; consistente con los reportes de la literatura (Lopes-Monteiro da Cruz, De Mattos-Pimenta, Kurita y De Oliveira, 2004; Ferrara, Langiano, Di Brango, De Vito, Di Cioccio y Bauc, 2008; Rinaldi, Spazzafumo y Mattioli, 2005; Grov, D Fossa, Sorebo y Dahi, 2006 y Sherwood, Gan, Jeffress y Mullen-Gingrich 2006), de igual forma, afectación en áreas como convivencia con la pareja, planes a futuro, sueño y pasatiempos o actividades recreativas, cada una de estas áreas se ha visto reportada como afectada en la literatura internacional y de igual forma son áreas que al afectarse

colaboran a que los estados de tensión, irritabilidad y estrés se eleven, desencadenando problemas del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión.

Por el contrario, uno de los posibles factores protectores encontrados fue el hecho de que el cuidador se siente altamente satisfecho con su actividad de cuidado, misma que podría hacerlo sentir útil, esto es consistente con algunos reportes encontrados por Paz-Rodríguez, 2005 quien relacionó la satisfacción con menores niveles de estrés y lo ubicó como un factor de protección. Es importante potenciar el desarrollo de factores protectores así como e estrategias de enfrentamiento que permitan disminuir los factores de riesgo y el desarrollo del estrés.

Con respecto al impacto del cuidado sobre el estado de ánimo se encontraron síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores, dichos síntomas eran esperados debido al impacto de la enfermedad crónica sobre el bienestar y la calidad de vida de una familia. De igual forma los reportes de síntomas de ansiedad y depresión son consistentes en la literatura (Cooper et al., 2007; Ferrara et al., 2008; Gallagher-Thompson, Gray, Dupart, Jimenez y Thoompson, 2008; Dew, Myaskovsky, Dimartini, Switzer, Schulberg y Kormos, 2004).

Se encontró que un alto porcentaje de los cuidadores tienen un reporte de diversos síntomas de ansiedad y depresión. Se describieron síntomas como: falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga, problemas para dormir, etc. Los cuidadores de este estudio reportan más síntomas de depresión que de ansiedad, esto podría deberse al instrumento con el que se detectaron los síntomas. La escala que se utilizó en el presente estudio interroga una amplia variedad de síntomas depresivos y ansiosos divididos en físicos y cognitivos. Resalta el hecho de que varios de los síntomas de depresión reportados por el cuidador fueron de índole física. Se encontraron reportes altos en cuanto a problemas del sueño, fatiga y cansancio, dichos reportes podrían tomarse con reserva debido a que la actividad del cuidador amerita desgaste físico, lo cual podría sumarse o bien enmascarar al reporte de depresión. Sin embargo la escala también interroga síntomas cognitivos, los cuales se tomarán como un reporte más fidedigno de la sintomatología afectiva.

Sin embargo, algunos reportes han puntualizado que la sintomatología más común en el cuidador es la de estrés, seguida por la de depresión. (Tugrul et al., 2003; Gaughler et al., 2004; Hudson et al., 2004 y Lopes-Monteiro et al., 2004) lo cual apoyaría el hecho de que se hayan reportado más síntomas de depresión que de ansiedad.

Además se ha reportado que más del 50% de los cuidadores se encuentran en riesgo de experimentar depresión clínica o bien cubren los criterios para un episodio depresivo mayor cuando se les entrevista con un instrumento estructurado y válido (Jerrom, Main y Yukanrake, 1993) Por lo cual sería probable que el reporte de los cuidadores obedezca a lo que ya se ha observado con anterioridad.

Se encontró un reporte elevado de síntomas como: tristeza, ganas de llorar, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Éstos son síntomas que la literatura extranjera ha reportado como comunes en sus poblaciones de cuidadores. Existen estudios que han encontrado que entre el 46 y el 59% de los cuidadores primarios se encuentran clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Deví y Almazán, 2002).

En general el reporte de síntomas afectivos en los cuidadores del presente estudio fue alto, lo cual coincide con lo reportado en la literatura internacional. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis más específico, en el presente estudio se realizó una evaluación de la sintomatología afectiva dividiendo a la muestra en dos grupos dependiendo del tipo de paciente al que cuidan: pacientes con dolor crónico y pacientes terminales.

Con los resultados del análisis anterior se puede concluir que resulta importante tomar en cuenta que los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos conllevan la variable de terminalidad y muerte próxima del paciente, además de la pérdida de funcionalidad del paciente, lo cual podría sugerir que podría ser diferente la experiencia de cuidado que la de los cuidadores de otro tipo de pacientes.

En un estudio (Pinquart et al., 2006) se encontró que los cuidadores que perdieron a su paciente y no se sintieron preparados para la pérdida reportaron mayor sintomatología de depresión, ansiedad y duelo patológico. En el presente estudio, efectivamente, se encontró que los cuidadores de pacientes terminales reportan puntuaciones medias mayores de síntomas depresivos en comparación con los cuidadores de pacientes con dolor crónico.

La sintomatología cognitiva es igualmente mayor en los cuidadores de pacientes terminales. De igual forma, estos cuidadores perciben un mayor impacto del cuidado en su estado de ánimo, lo cual podría sugerir que la patología del paciente y su cercanía a la muerte es una variable que probablemente incide en la percepción del cuidado.

Se ha sugerido que en la medida en la que se deteriora el estado funcional de un paciente, el cuidador incrementa sus niveles de depresión y de sobrecarga percibida (Tugrul et al., 2003)

No existen muchos estudios dirigidos a comparar distintos tipos de paciente en cuanto a su efecto en los cuidadores. Se sabe que los cuidadores de pacientes con demencia reportan un mayor grado de estrés que los cuidadores de otros tipos de pacientes; sin embargo no existen estudios suficientes que permitan confirmar dichos hallazgos.

En el presente estudio se pudo observar que el tipo de paciente influye en el reporte de sintomatología depresiva e impacto del estado de ánimo, encontrándose que el cuidado impacta más en el cuidador del paciente en cuidados paliativos. Esto podría estar directamente relacionado con la discapacidad, el bienestar del paciente y su cercanía a la muerte.

Al analizar los resultados de la variable de sobrecarga se observa que los cuidadores de manera general reportan un estado de elevada carga subjetiva (la puntuación media de la escala de Zarit, rebasó el punto de corte). Esto podría relacionarse con el hallazgo en cuanto al tipo de cuidado, en donde se encontró que los cuidadores del estudio se encuentran ubicados en los puntos del tipo de cuidado en donde se ha encontrado una mayor sobrecarga (al inicio del rol o bien cuando llevan un tiempo considerable en dicho papel). También se podría asociar a los reportes elevados de síntomas de depresión, ya que se ha sugerido en diversos estudios una asociación entre sobrecarga y depresión.

Se realizó una comparación de las puntuaciones de sobrecarga dependiendo del tipo de paciente al que se cuidaba y en este caso no se encontraron diferencias, ya que al parecer, el padecimiento del paciente no está impactando la percepción de carga que representa la actividad de cuidado, aún así, el nivel de sobrecarga es alto.

Lo anterior se contrapone a lo reportado por Grunfeld, Coyle, Whelan, Clinch, Reyno, Y Earle (2004) en donde se observa que los cuidadores reportan una media de 19 puntos en la escala de Zarit cuando el paciente se encuentra en fase paliativa, y que la sobrecarga aumenta a 26 puntos cuando el paciente entra en la fase terminal. Por lo que el estado de salud del paciente si influyó la percepción de sobrecarga en dicho estudio.

Aún cuando los cuidadores sienten satisfacción por su tarea, también se ha encontrado que experimentan consecuencias negativas como pérdida del empleo y oportunidades, enfermedades psiquiátricas o la muerte del paciente. Muchos también sienten sobrecarga económica e incapacidad para manejar sus responsabilidades de cuidado. Uno de cada cinco cuidadores se ha clasificado como vulnerable reportando mala salud o problemas físicos de importancia así como una edad superior a los 65 años, todos estos factores que influyen en la percepción de sobrecarga.

Finalmente se encontró una relación positiva entre las variables. La depresión y la ansiedad se correlacionaron significativamente con la sobrecarga, es decir que mientras más sintomatología depresiva y ansiosa se perciba, se percibirá un mayor nivel de sobrecarga. La literatura afirma que los trastornos del estado de ánimo se han encontrado asociados a la actividad del cuidado en general y a una mayor percepción de sobrecarga (Deví y Almazán, 2002). En otro estudio (Jerrom et al., 1993) se encontró de la misma manera una relación positiva entre una escala de sobrecarga y los resultados de una medición de depresión (en donde las correlaciones iban desde .35 hasta .65 dependiendo de las subescalas de sobrecarga). Los hallazgos indican que los cuidadores más sobrecargados también son los que tiene mayor riesgo de desarrollar sintomatología afectiva (ansiedad o depresión). En el presente estudio se cumple con el mismo tipo de relación entre las variables.

Se han identificado a través del presente estudio diversos factores que podrían ayudar a desarrollar intervenciones terapéuticas para los cuidadores primarios. Intervenciones dirigidas hacia los principales problemas reportados. En este caso son: la sintomatología depresiva en los cuidadores de pacientes paliativos y el elevado nivel de sobrecarga en los cuidadores de ambos tipos de paciente. También se ha logrado identificar el tiempo dedicado al paciente como una variable que podría estar impactando tanto el estado de ánimo como la percepción de sobrecarga.

Se ha identificado a través de algunos estudios que hay una necesidad inminente del desarrollo de intervenciones para cubrir las necesidades hasta ahora insatisfechas de los cuidadores primarios. Se ha observado que los cuidadores no expresan con frecuencia sus necesidades porque las perciben como inválidas o porque no desean molestar al personal médico que está ocupado atendiendo a su paciente.

Sin embargo se tienen estudios que demuestran que los cuidadores son una población que está en riesgo de desarrollar trastornos afectivos y que presenta niveles de sobrecarga elevados. Se ha visto que el funcionamiento familiar se afecta y pueden sobrevenir crisis que podrían afectar el tratamiento de un paciente y así dificultar la labor del médico.

Existe, de igual manera, una gran necesidad de crear instrumentos válidos que apoyen en la identificación de los factores de riesgo tanto en los cuidadores como en los pacientes. A través de la evaluación se pueden identificar aspectos cruciales que necesitan intervención.

Se ha mostrado que intervenciones psicológicas breves resultan ser eficaces para disminuir la sintomatología afectiva. Se ha podido observar que un programa de intervención debe ser multidimensional y abarcar aspectos tanto físicos como psicológicos e instrumentales.

A partir del desarrollo de estudios sobre los cuidadores primarios se pueden crear programas de intervención orientados hacia la prevención de riesgos en salud ya que los cuidadores son una población vulnerable que se encuentra en riesgo de convertirse en un paciente crónico al pasar el tiempo. Se pueden realizar intervenciones orientadas a la prevención de la claudicación familiar, fenómeno que interfiere con el tratamiento médico y entorpece el trabajo del equipo. Se pueden evitar internamientos prolongados y crisis familiares que obstruyan por completo el curso de la recuperación o del tratamiento del paciente.

El presente estudio es de los primeros en su tipo en el país por lo cual es necesario dar mayor auge a la investigación en el tema para brindar una mejor atención tanto al paciente como a su cuidador.

## **CAPITULO 2**

### **PRIMER AÑO DE RESIDENCIA**

#### **HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”**

La primera rotación fue en este hospital de segundo nivel y abarcó el periodo comprendido entre febrero de 2005 y febrero de 2006. Las actividades se realizaron en el servicio de Medicina Interna.

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE**

El Hospital General de Atizapán “Salvador González Herrejón- Daimler CHrysler” (HGA) es una institución de salud dependiente de la Secretaría de Salud y del Instituto de salud del Estado de México.

El HGA se creó en 1963 cuando los servicios coordinados de salud pública del Estado de México implementaron los distritos sanitarios como organismos técnicos administrativos ubicados en regiones con características homogéneas para el control de las unidades aplicativas y los programas. El 1º de Abril de 1987 se crea el Instituto de Salud del Estado de México que actualmente regula al HGA y cuenta con cuatro coordinaciones regionales, 19 jurisdicciones sanitarias y 166 coordinaciones municipales de salud así como una subdirección de urgencias y un laboratorio regional.

**Ubicación:** El HGA está ubicado en el Boulevard. Adolfo López Mateos esquina con Montesol s/n en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México.

**Nivel de atención:** Es un hospital general de segundo nivel de atención que cuenta con cuatro especialidades médicas básicas (Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría). Dichas especialidades dan servicio de urgencias, internamiento y consulta externa. Los servicios del Hospital se observan en la tabla 2.

**Tabla 2. Número de camas por servicio dentro del HGA**

<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>Camas por servicio</b>
GINECO-OBSTETRICIA	39
MEDICINA INTERNA	33
CIRUGIA	39
PEDIATRIA	33
<b>URGENCIAS</b>	
ADULTOS	8
PEDIATRIA	8
DIALISIS	2
CRONICOS	0
TERAPIA INTENSIVA	4
QUIROFANOS	3
GERIATRIA	0

**Población beneficiada:** 1,104.056 habitantes

**Servicios de apoyo medico:**

Laboratorio central, anatomía patológica, rayos X, ultrasonido, farmacia, ambulancia, banco de sangre, tomógrafo y Endoscopio.

**Demanda de atención en el HGA:** Se presenta una tabla en donde se colocan los 20 principales motivos de consulta externa durante el año 2005 en el Instituto de salud del Estado de México a donde es perteneciente el HGA (Tabla 3).

**Tabla 3. Causas de demanda de atención en consulta externa**

<b>Descripción de las causas</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	371,867	10.7
Faringitis aguda	350,567	9.49
Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	283,276	7.67
Exámenes y contactos para fines administrativos	256,840	6.95
Amigdalitis aguda	188,389	5.10
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	164,366	4.45
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	162,739	4.41
Caries dental	161,345	4.37
Supervisión de embarazo normal	110,334	2.99
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	83,794	2.27
Trastornos del sistema urinario	67,395	1.82
Otra atención médica	55,015	1.49
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos peri apicales	52,711	1.43
Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin diagnósticos	51,587	1.40
Gastritis y duodenitis	56,252	1.25
Atención para la anticoncepción	45,810	1.24
Amibiasis	43,693	1.18
Dermatitis	42,211	1.14
Afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	32,209	.87
Conjuntivitis	32,158	.87
Las demás causas	1,091,298	29.54
Total	3,693,865	100



## **DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA**

Se compone de los servicios de: Urgencias, Terapia intensiva, Hospitalización de Medicina Interna y Consulta externa de Medicina Interna

El servicio de Hospitalización de Medicina Interna es el área en donde se realizaron la mayoría de las actividades. Cuenta con 33 camas divididas en dos pabellones: uno para hombres y uno para mujeres. Se cuenta con un cuarto para pacientes que requieren aislamiento y con dos Unidades de diálisis con tres y dos camas respectivamente.

En el servicio de Consulta Externa se cuenta con tres consultorios, dos destinados al área médica y uno destinado al área de Medicina Conductual

En el servicio de Urgencias en donde se brinda atención por medio de una solicitud formal de interconsulta se cuenta con 9 camas, 2 unidades de choque y 6 consultorios.

En el servicio de Terapia Intensiva en donde se brinda atención por medio de una solicitud formal de interconsulta se cuenta con 6 camas.

La división de Medicina interna en el 2004 estuvo conformada por una Jefe de Servicio, una Jefe de Enfermería, seis médicos adscritos, una Psicóloga adscrita, cinco enfermeras de base, una trabajadora social, una secretaria, cuatro residentes de Medicina Interna, tres residentes de Medicina Conductual, seis Médicos internos, un pasante de Psicología y seis pasantes de Enfermería.

### **Líneas de autoridad:**

- División de atención médica y enseñanza: Dra. Rosa Matías Armas
- Jefe de la División de Medicina Interna: Dra. María Antonieta Calderón Márquez
- Supervisor in situ: Psic. María Alelí Fernández Uribe
- Supervisor académico: Mtra. Bertha Molina Zepeda

**Supervisión in situ:** estuvo a cargo de la psicóloga adscrita al servicio María Alelí Fernández Uribe. Se realizó la supervisión de casos en hospitalización, casos de intervención en crisis, pacientes de interconsulta al servicio de cirugía y también se recibió apoyo bibliográfico.

**Supervisión académica:** estuvo a cargo de la Mtra. Bertha Molina Zepeda, se realizó revisión de bibliografía, supervisión del protocolo de investigación y supervisión de casos clínicos de psicoterapia en la consulta externa.

## **MEDICINA INTERNA**

A finales del **siglo XIX** comenzó a desarrollarse la medicina hospitalaria y surgió una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, que se denominó Medicina Interna (Bean, 1982). Dentro de este campo quedaron excluidas las enfermedades **quirúrgicas**, las **obstétricas** y las **pediátricas**, que constituyeron otras especialidades. Estas, junto a la Medicina Interna se consideran las especialidades básicas.

La medicina interna es una especialidad **médica** que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, sobre todo a los problemas clínicos de la mayoría de los pacientes que se encuentran ingresados en un **hospital**. Es la rama de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades internas (Castiglioni, 1990).

Las enfermedades internas son aquellas que reúnen los siguientes atributos (Beeson, 1986):

1. afectan directa o indirectamente, primaria o secundariamente, a los órganos internos, al medio interno o a un conjunto extenso de células
2. en algún momento de su evolución tienen repercusión potencial o declarada sobre la totalidad o un sector extenso del organismo
3. no son consecuencia directa e inmediata de un traumatismo u otro agente de acción puramente exterior.

Dentro del campo de estudio de la medicina interna se encuentran la mayoría de los padecimientos que se encontraron como las veinte principales causas de muerte en el HGA durante el 2005 como se aprecia en la siguiente lista:

1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
2. Enfermedades del corazón
3. Enfermedades del Hígado
4. Diabetes Mellitus
5. Enfermedades cerebrovasculares
6. Insuficiencia renal
7. Influenza y neumonía
8. Septicemia
9. Síndrome de dependencia del alcohol
10. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

11. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
12. Accidentes
13. Tumores malignos
14. Embarazo, parto y puerperio
15. Enfermedades por virus de la Inmunodeficiencia Humana
16. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
17. Enfermedades infecciosas intestinales
18. Tuberculosis pulmonar
19. Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas
20. Infecciones respiratorias agudas

Los padecimientos más frecuentes durante el año 2005 y con los que se trabajaron más de cerca fueron: Enfermedades del corazón (Hipertensión arterial específicamente), Diabetes Mellitus e Insuficiencia renal.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible diagnosticada con más frecuencia en México. Algunas de sus consecuencias ocupan el segundo y tercer lugar de la tasa de mortalidad de la población general (enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares) (INEGI, SSA/DGEI, 2004).

La evolución natural de la hipertensión no tratada aumenta hasta en un 55% las probabilidades de discapacidad o bien muerte prematura por sus complicaciones durante los siguientes cinco años del inicio del padecimiento (Kaplan, 2002).

Sus consecuencias repercuten sobre el sistema cardiovascular en donde puede causar hipertrofia, insuficiencia, infartos, aneurismas, isquemia, trombosis, hemorragias, encefalopatía hipertensiva y demencia vascular. También en el sistema urinario afecta directamente a los riñones ocasionando insuficiencia renal (Kaplan, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 calculó que más del 40% de quienes padecen la hipertensión arterial ignoran su diagnóstico y que únicamente la mitad de los pacientes diagnosticados se encuentran bajo un control adecuado de su padecimiento.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) que realizó en el año 2000 el Instituto Nacional de Salud Pública reveló que la prevalencia de hipertensión arterial es del 30.05% (aproximadamente 15.2 millones de mexicanos la padecen). Después de los 50 años el 50% de los mexicanos son hipertensos. De los pacientes únicamente el 46% seguían un tratamiento médico. Y del total de la población sólo el 15% están bajo un buen control (cifras de 140/90 milímetros de mercurio (mmHg) o por debajo de las mismas)

Estudios han revelado que la hipertensión arterial es una de las principales causas de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, se ha encontrado relacionada al 42% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y a 27% de los decesos debidos a cardiopatía isquémica (Moragrega-Adame y Verdejo, 2001). De acuerdo a la ENSA 2000, murieron 227,400 mexicanos a causa de la hipertensión arterial, es decir una muerte cada dos minutos.

### **Características del trastorno**

La presión arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. No es una fuerza constante (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). El momento de máxima presión sobre las arterias se denomina presión arterial sistólica (PAS) mientras que la que se alcanza cuando se registra el nivel más bajo de presión se denomina presión arterial diastólica (PAD). La presión arterial se expresa por medio de éstas dos cifras: la de la presión sistólica y la de la presión diastólica (García, 2000).

El 95% de los casos de hipertensión no tiene una causa conocida y se le denomina hipertensión esencial. El 5% restante es debido a factores etiológicos conocidos como anticonceptivos orales, enfermedad renal o alteraciones endócrinas y es cuando se le denomina hipertensión secundaria (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Los mecanismos mejor estudiados para la hipertensión son las alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona (Moragrega-Adame y Verdejo, 2001). Estos mecanismos están encargados de regular la presión arterial y la retención de sal así como la regulación del sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, el estado de resistencias arteriolas periféricas y la resistencia a la insulina. En este tipo de hipertensión, la carga genética tiene un impacto del 20 al 30% y el estilo de vida un impacto de más del 50%.

Aún no existe una clara distinción entre la presión normal y la hipertensión ya que la distribución de presión arterial en la población general es unimodal y continua. Lo que se hizo fue establecer un punto de corte a partir del cual se observa un incremento significativo del riesgo de sufrir alteraciones orgánicas graves (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La clasificación que cuenta con mayor aceptación es la de la OMS, 1999 que define la hipertensión arterial como las cifras de presión arterial iguales o mayores a 140/90 mmHg, cifras que deben ser registradas en reposo. La normotensión se considera alrededor de 120/80 mmHg con variaciones dependiendo de la población. En la última (7a) reunión del *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC)* (Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial

Alta) en 2003 se estableció que la normotensión actualmente se encuentra alrededor de 115/75 mmHg y que una presión arterial de 120-139/80-89 mmHg se considera prehipertensión.

### **Factores de Riesgo**

Varios estudios (García, 2000; Amigo, Fernández y Pérez, 1998) y organizaciones (JNC, 2003; OMS, 1999), han establecidos los siguientes factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial:

- *La edad:* mujeres mayores de 65 años y hombres mayores de 55 años tienen un mayor riesgo de desarrollar HTA.
- *La obesidad:* un índice de masa corporal mayor a 25 para las mujeres y mayor a 30 para los hombres se ha relacionado con el desarrollo de HTA
- *El tabaquismo:* estudios han demostrado que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en personas fumadoras (sobretudo en el grupo de edad entre los 20 y los 40 años), también se ha demostrado la relación del tabaquismo crónico con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- *Niveles altos de colesterol:* niveles arriba de 6.5mmol/l se han relacionado directamente con el desarrollo de HTA
- *Diabetes Mellitus:* se ha encontrado una alta prevalencia bidireccional de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2
- *Alto consumo de sal:* un elevado consumo de sodio – mayor de 500 mg /día- se ha relacionado con la elevación de la presión arterial.
- *Ingesta de bebidas alcohólicas:* se ha relacionado cuando el consumo supera los 60 ml de alcohol diarios
- *Sedentarismo:* las personas sedentarias reportan un mayor riesgo de hasta 35% de padecer HTA que aquellas personas que realizan ejercicio físico.
- *Estrés y otras variables psicológicas:* se ha observado que personas con personalidad hostil, reactivas y estilos de enfrentamiento evitativos reportan elevación en las cifras de presión arterial. De igual manera se ha observado que personas competitivas, agresivas y preocupadas por el tiempo así como con dificultades para enfrentar conflictos interpersonales tienen cifras de presión mayores. También se ha reconocido y constatado que el estrés es un factor que puede condicionar la hipertensión esencial o bien contribuir al mantenimiento de las cifras elevadas de presión.

### **Tratamiento:**

Existen diversos niveles de tratamiento. A nivel de *prevención primaria* generalmente se utilizan medidas tendientes a disminuir el número de personas que puedan desarrollar la

enfermedad. También existen medidas dirigidas a lograr una disminución en la distribución de la presión arterial en la población general (Adame y Verdejo, 2001; Amigo, Fernández y Pérez, 1998), como: control de peso, reducción del consumo de sal, evitar el consumo de bebidas alcohólicas en exceso, realizar actividad física y restringir el tabaquismo entre otros.

Un tratamiento debe ser individualizado de acuerdo al nivel de riesgo de cada paciente y debe fijar una meta de presión arterial igualmente individualizada (Kaplan, 2002). La meta principal del tratamiento es prevenir la morbilidad y la mortalidad cardiaca, vascular, cerebral y renal que podría provocar la hipertensión.

El JNC, 2003 recomienda iniciar primero con un intento por modificar el estilo de vida del paciente para controlar factores de riesgo reversibles (únicamente si el paciente se encuentra en un estadio 1 y no complicado, es decir cifras de 140-159/90-99 mmHg). Se recomienda dar un margen de un año para observar los resultados de estos intentos. En caso de que exista un factor de riesgo cardiovascular adicional como tabaquismo o colesterol alto el período de observación debe reducirse a 6 meses. Si la modificación de estilo de vida no da resultado debe iniciarse un manejo farmacológico.

Los medicamentos utilizados para el control de la hipertensión son los diuréticos, los inhibidores adrenérgicos y los vasodilatadores (Kaplan, 2002).

### **Factores psicológicos en los pacientes hipertensos:**

A lo largo de los años se ha postulado la teoría de que existe una especie de "personalidad" que es común en los pacientes hipertensos. Este tipo de personalidad puede llevar al paciente a mantener sus cifras de presión por arriba de los niveles aceptables. Se han encontrado características comunes a estos pacientes como la ansiedad rasgo y el difícil control de la ira

También se han ligado junto con los pacientes que padecen enfermedades coronarias al patrón de conducta tipo A. que se define como "un complejo de acciones y emociones que puede observarse en una persona que está agresivamente implicada en una lucha crónica incesante para lograr cada vez más en cada vez menos tiempo y en contra de los esfuerzos opuestos de otras cosas u otras personas" (Del Pino-Pérez, 1995)

Estudios han determinado que las personas que padecen hipertensión tienen maneras específicas para enfrentar las situaciones estresantes (García-Mirafuentes, 2006): De manera reactiva (constante monitoreo) en donde todo el tiempo se encuentran alerta sobre sus

sensaciones y reacciones ante el tratamiento o bien de manera pasiva o embotada en donde los pacientes intentan encontrar distracciones hacia sus síntomas físicos.

Los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hipertensos se han encontrado elevados en comparación con personas normotensas y se ha observado que tienden a ser frequentadores de la consulta médica, de igual forma se ha observado que dichos pacientes se encuentran más pendientes de sus síntomas físicos (Millar, Leinbach y Brody, 1989). También se ha observado que existe una relación entre la hipertensión y variables psicológicas como la expresión del enojo, la ansiedad, síntomas de estrés, locus de control externo y conducta tipo A (Tapia y Labiano, 2004).

En estudios se ha identificado que un estilo de enfrentamiento común en éstos pacientes es el de búsqueda de información (OMS, 1999). De igual forma se ha ligado la elevación de las cifras de presión arterial al estrés y a la ansiedad (Del pino-Pérez, 1995). Es por ello que se ha estudiado ampliamente la posibilidad de realizar intervenciones para el manejo del estrés con la finalidad de disminuir las cifras de PA en pacientes hipertensos.

En un metaanálisis (Amigo, Fernández y Pérez, 1998) se encontró que de 823 pacientes hipertensos sometidos a programas de manejo de estrés a través de diferentes técnicas de relajación se logró una reducción de 8.8 / 6.2 mmHg en la PA mientras que en los grupos controles la reducción era de 3/1.3 mmHg. Los programas de manejo del estrés han mostrado de igual manera efectos positivos sobre parámetros como la reducción de la medicación hasta en un 30% (Hatch, Klatt, Supik, Rios, Fisher, Bauer y Shimotsu 1985) , la reducción del número de mujeres hipertensas durante el embarazo (Little, Hayworth, Benson, Hall, Beard, Dewhurst y Priest, 1984) y la alteración de otros factores de riesgo como el tabaquismo (Patel, Marmot , Terry, Carruthers, Hunt y Patel, 1985).

A pesar de los estudios en los pacientes hipertensos ha sido controversial la postura de afirmar que hay un rasgo de personalidad común a todos ellos como la defensividad, el enojo y la ansiedad. En el estudio de Tapia y Labiano en 2004 No se encontraron diferencias significativas entre dos grupos, uno de pacientes hipertensos y otro de pacientes normotensos en relación a la defensividad, el enojo y la ansiedad. El estudio de Friedman, Shwartz, Shanall, Lansbergis, Pieper y Gerin en 2001 sustenta la idea anterior, ellos tampoco encontraron relación entre rasgos como el enojo, la defensividad, la ansiedad y el estrés con la hipertensión.

Sin embargo el estudio de Frances, Palarea, Ojeda, Ramal y Aleman en 2001 afirma que los pacientes hipertensos tuvieron un mayor reporte de síntomas de ansiedad, depresión, estrés y un reporte de menor apoyo social en comparación con personas normotensas. Por su parte, Jonas

y Lando en 2001 encontraron que en 22 años de seguimiento a una población con síntomas de ansiedad y depresión dichos síntomas pueden predecir la hipertensión.

Es por ello de vital importancia crear intervenciones psicológicas que ayuden a trabajar con el paciente crónico considerando su estado emocional, sus habilidades y recursos cognitivos y sus estilos de enfrentamiento para lograr un tratamiento integral, multidisciplinario y efectivo. El especialista en medicina conductual puede apoyar en la modificación de factores de riesgo que forman parte del estilo de vida asociado a la hipertensión, puede aumentar la adherencia terapéutica, y lograr la reducción del estrés y la ansiedad que se ha observado que son mediadores fisiológicos de la PA.

## **DIABETES MELLITUS**

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud más frecuentes. En las últimas cinco décadas se ha observado en México un aumento progresivo en la prevalencia de la diabetes y en la tasa de mortalidad atribuible a ésta enfermedad (Ríos-Torres, 2005). De igual forma las complicaciones crónicas de la diabetes ocupan lugares importantes y crecientes entre las causas de atención médica.

De acuerdo a la OMS, se estima que existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes en el mundo. Se espera que la cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento se estima en 40% para países desarrollados y en 70% para países en vías de desarrollo (Alpízar-Salazar, 2001)

En México, la diabetes es la causa más frecuente de ceguera en adultos, de amputaciones no debidas a traumatismo y de insuficiencia renal crónica terminal (Ríos-Torres, 2005). Los costos de hospitalización y los gastos para el mantenimiento de programas para sostener las consecuencias de la enfermedad consumen una proporción muy importante del presupuesto de salud.

La diabetes como causa de mortalidad general se ubicaba en el cuarto lugar para la década de los noventas y en 2002 es el segundo lugar para los hombres y la principal causa de muerte para las mujeres (Encuesta Nacional de Salud ENSA, 2000). Si se toma en cuenta que la diabetes es causa subyacente de una proporción grande de muertes debida a enfermedad isquémica miocárdica, la diabetes se convierte en la principal causa de muerte en México (Ríos-Torres, 2005). La mayor tasa de mortalidad por diabetes se encuentra en el Distrito Federal y en Jalisco.



La prevalencia de la enfermedad varía de acuerdo a los reportes que se consulten. Dichas variaciones se adjudican a problemas metodológicos y se ha relacionado el estrato socioeconómico con la variación en la prevalencia de la enfermedad. Se ha estimado una prevalencia que oscila entre el 6.1 hasta el 27% de la población entre 22 y 64 años (ENSA, 2000). Los reportes se hacen más homogéneos cuando se observa una población que supera los 60 años de edad en donde se estima una prevalencia del 30% lo que significa que uno de cada tres personas en este grupo de edad padece diabetes.

Se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad (hasta del 2.8 % más) en personas con historia familiar de diabetes. Y en el censo de 1990 se encontró que 34% de la población tiene al menos un familiar con diagnóstico de diabetes mellitus. Así mismo, en la ENSA 2000 se encontró que la prevalencia de diabetes es mayor en México que en Brasil y Colombia. Datos que convierten a la diabetes en un verdadero problema de salud.

### **Características del trastorno:**

La diabetes mellitus incluye a un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hiperglucemia (niveles elevados de azúcar en sangre) que resulta de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas (Gómez-Pérez, Aguilar-Salinas y Rull-Rodrigo, 2004).

La insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas que es esencial para el metabolismo de la glucosa en los tejidos. Actúa aumentando la degradación de la glucosa en el músculo y en el tejido adiposo. Si falta la insulina o bien no funciona de manera adecuada, la glucosa se acumula en la sangre y se origina el fenómeno llamado hiperglucemia (Alpízar-Salazar, 2001). La hiperglucemia crónica se asocia con daño a largo plazo, disfunción y falta de varios órganos, específicamente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos (Gómez-Pérez, Aguilar-Salinas y Rull-Rodrigo, 2004).

La frecuencia de diabetes tipo 2 en ciertas familias y poblaciones étnicas sugiere un fuerte antecedente genético para la enfermedad. Sin embargo, por lo general se necesitan también los factores ambientales como la obesidad y el estilo de vida sedentario.

Los criterios más utilizados para la clasificación y diagnóstico de la diabetes son los que estableció la OMS en 1985 y los de la *American Diabetes Association* (ADA) (Asociación Americana de Diabetes). Dichos criterios clasifican a la enfermedad de la siguiente manera (Gómez-Pérez, Aguilar-Salinas y Rull-Rodrigo, 2004):

**La diabetes Tipo 1** se asocia a destrucción de las células beta del páncreas y a una deficiencia absoluta de insulina. En esta condición no existe la hormona insulina que se encarga de generar el proceso bioquímico a partir del cual la glucosa logra ingresar al sistema de las células del cuerpo para posteriormente degradarse y servir de alimento a las mismas. Al no ingresar la glucosa dentro de las células comienza a acumularse en el torrente sanguíneo provocando un sistema de compensación en el organismo que intentará degradar la abundante cantidad de azúcar en la sangre provocando entonces los síntomas comunes de la diabetes.

**La diabetes Tipo 2** se asocia con un componente de resistencia a la insulina y deficiencia relativa de la misma. En este caso el páncreas genera la insulina sin embargo es posible que la genere en cantidades mínimas que no alcanzan a cubrir las necesidades de las células para ayudarlas a metabolizar el azúcar que el sujeto ingiere o bien la insulina que se crea en el páncreas contiene características bioquímicas incompatibles con las células del organismo por lo cual no se reconoce a la hormona como tal y no le es permitido realizar su función de apoyo para degradar la glucosa en sangre.

**Diabetes gestacional** que es un grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por vez primera durante el embarazo.

**Otros tipos de diabetes** (defectos genéticos, enfermedad del páncreas, endocrinopatías, inducida por fármacos, infecciones, autoinmune y síndromes genéticos asociados)

Los criterios diagnósticos se han establecido de igual manera por la OMS y la ADA. Son mediciones de los niveles de azúcar en la sangre que deben superar los 126 mg/dl en ayunas, superar los 200 mg/dl en cualquier horario del día si se presentan síntomas o bien superar los 200 mg/dl en una muestra de dos horas después de ingerir una carga oral de glucosa.

La sintomatología más común es: polidipsia (sed), poliuria (orina frecuente), polifagia (hambre), cansancio, aftas genitales u orales, infecciones de la piel y pérdida de peso (Alpízar-Salazar, 2001). Todo individuo que presente dichos síntomas y los factores de riesgo debe ser sujeto a evaluación diagnóstica.

#### **Los factores de riesgo:**

No modificables:

- Ascendencia hispánica
- Tener más de 45 años
- Tener antecedentes familiares

Modificables:

- obesidad o sobrepeso
- sedentarismo
- tabaquismo
- mal manejo del estrés
- malos hábitos alimenticios
- índice cintura-cadera mayor a .9 en hombres y a .8 en mujeres
- presión arterial superior a 140/90 mmHg
- triglicéridos arriba de 150 mg/dl
- HDL de colesterol menor a 35 mg/dl.

**Principales complicaciones:**

**Agudas:**

Hipoglucemia: baja de los niveles de concentración de glucosa en sangre ( menos de 60 mg/dl) que puede ocasionar trastornos a nivel neurológico graves e incluso la muerte si el azúcar disminuye considerablemente.

Cetoacidosis diabética: tiene una mortalidad del 10 al 15%, es una condición que produce una descompensación en el metabolismo del organismo y provoca estados de choque, coma, deshidratación y problemas respiratorios. Puede o no ser reversible.

**Crónicas:**

Arteroesclerosis: Es un bloqueo parcial o total de la luz de las arterias del cuerpo. El 75% de las muertes por diabetes se deben a esta complicación.

Retinopatía: es una alteración en los vasos sanguíneos que vascularizan la retina dando como consecuencia la pérdida de la visión. Se pronostica que todo paciente con diabetes mellitus tipo 1 desarrollará retinopatía después de 20 años de tener la enfermedad. Mientras que el 60% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la desarrollarán.

Neuropatía diabética: consiste en un daño vascular y metabólico en la neurona que es la unidad estructural y funcional del riñón. Es la principal causa de insuficiencia renal crónica. La neuropatía va avanzando en diferentes estadios hasta llegar a la enfermedad renal terminal momento en el cual se necesitará de un tratamiento sustitutivo ( diálisis) para apoyar el funcionamiento de los riñones. Los pacientes con diabetes mellitus son 17 veces más propensos a tener insuficiencia renal que los que no lo son.

Neuropatía diabética: Se refiere a alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico causados por la Diabetes. La hiperglucemia crónica desgasta la capa de mielina que

recubre los nervios y genera deterioro en los mismos sobretodo en el área sensitiva lo cual provoca dolor crónico de tipo ardoroso, generalizado y descrito por los pacientes como “descargas eléctricas” en todo el cuerpo.

Pie diabético: el pie del paciente diabético es en donde más se evidencian los efectos de las complicaciones vasculares de la enfermedad. Uno de cada cinco ingresos al hospital de pacientes diabéticos es por lesiones en el pie. Las lesiones en el pie se pueden dar por factores externos (traumas, golpes) o bien factores internos (alteraciones vasculares). Sin embargo las lesiones en los pies del paciente diabético tienden a infectarse y ulcerarse debido a destrucción de tejidos profundos que hay previa y a alteraciones neurológicas que también disminuyen la sensación de dolor, lo cual impide que el paciente note que hay una lesión importante en su extremidad. Las infecciones no tratadas y ulceraciones en el pie del paciente diabético llegan a complicarse hasta el punto en el que se forman gangrenas y es necesario amputar ortijos o bien el miembro completo.

#### **Tratamiento:**

Los objetivos del tratamiento se enfocan en aliviar los síntomas y las complicaciones de la diabetes:

- Evitar o retardar las complicaciones de la diabetes logrando un control metabólico óptimo y la reducción de los factores de riesgo cardiovascular.
- Detectar el desarrollo precoz de complicaciones para instaurar el tratamiento en el momento adecuado
- Lograr el bienestar de los pacientes aliviando y previniendo los síntomas de la hiper e hipoglucemia

EL tratamiento farmacológico incluye hipoglucemiantes orales, antihiperglucemiantes, sensibilizadores de insulina, insulina y terapia combinada. El tratamiento no farmacológico incluye educación para la salud, plan alimenticio y control de peso, actividad física, tratamiento combinado.

#### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Se estima que más de 20 millones de estadounidenses (uno de cada nueve adultos) padecen insuficiencia renal crónica y que la mayoría no lo saben. Además, otros 20 millones de personas tienen mayor riesgo de sufrir insuficiencia renal (Arbeláez, Arango, Mejía, Arroyave, Villegas, Henao y García, 2005).

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que se encuentra clasificada entre las diez causas más comunes de muerte en nuestro país (Núcleo de Acopio y

Análisis de la Información NAAIS, 1998-2002). En la ENSA, 2000 se encontró que el 10.7% de los adultos la padecen, en su mayoría mujeres. (4.3 de los 5.6 millones que se reportaron). Su distribución es entre 5.8 y 10% en los hombres y entre 10 y 18% en las mujeres. Los estados con mayor incidencia reportada fueron : Baja California norte y sur, Morelos, Hidalgo, Sonora, Sinaloa, Tabasco y Zacatecas. DE los casos reportados, únicamente el 41% refirió contar con tratamiento. Según el INEGI y su base de datos sobre egresos hospitalarios 2005 por categorías de la CIE 10, en el Estado de México durante el 2005, se encontró clasificada como la 4ª causa de muerte hospitalaria.

Si se toma en cuenta el hecho de que los pacientes con insuficiencia renal terminal mueren principalmente por causas cardiovasculares, entonces la IRC representa un severo problema de salud (National Kidney Foundation, 2007; Núcleo de Acopio y Análisis de la Información NAAIS, 1998-2002).

#### **Características del trastorno:**

La insuficiencia renal es la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y excretarlos a través de la orina, regulando así el equilibrio corporal del agua, sal y de la presión arterial también (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). La insuficiencia renal puede ser **aguda** que se caracteriza por una súbita insuficiencia reversible de la función de los riñones o bien **crónica** (Ibid). La insuficiencia renal crónica (IRC) avanza lenta y progresivamente y no es reversible. Es el resultado frecuente de cualquier enfermedad que produzca una destrucción gradual de los riñones. Puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede darse el caso de que continúe hasta un estado terminal de enfermedad renal (Palencia-Férez, 2001).

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo poco a poco. Al dejar de filtrar desechos en el organismo, los desechos se concentran en la sangre lo que hace que el volumen sanguíneo aumente y el corazón trabaje más para bombear la sangre a todo el cuerpo (Arbeláez et al., 2005). De igual manera aparecen descompensaciones hidroelectrolíticas que dañan los órganos vitales y sistemas conduciendo al organismo a una inevitable crisis que por lo general termina con la muerte del paciente.

Durante las etapas iniciales de la enfermedad puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan gradual que los síntomas pueden presentarse sólo cuando la función renal es ya inferior a la décima parte de la función normal (National Kidney Foundation, 2007).

Los síntomas al inicio son inespecíficos como: palidez, fatiga, aumento de la presión arterial, dolor epigástrico, náusea, vómito, pérdida de peso, malestar general, fatiga, cefalea persistente, hipo, prurito generalizado, confusión y somnolencia (Arbeláez et al., 2005). Cuando la excreción de desechos no se produce, se observan un conjunto de síntomas de variable intensidad que se conocen como uremia. La uremia es un estado clínico que se considera grave y que se acompaña de grandes alteraciones de las funciones del organismo, la falta de atención médica en este caso conduce a la muerte.

A medida que avanza la enfermedad pueden presentarse nuevos síntomas como: producción disminuida de orina, micciones nocturnas, sangrados y llagas en la piel, evacuaciones melénicas (con sangre), hemocitosis (vómito con sangre), delirium, estado de coma, calambres, pigmentación aumentada de la piel, disminución de la sensibilidad en extremidades superiores e inferiores y escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel) (Ibid).

#### **Causas de la enfermedad:**

Las causas más comunes de daño renal que generan la IRC son: hipertensión, uso excesivo de analgésicos durante largos períodos de tiempo, infecciones, glomerulonefritis de cualquier tipo ( procesos inflamatorios crónicos autoinmunes del glomérulo renal), enfermedad poliquística del riñón, síndrome de Alport, nefropatía del reflujo, uropatía obstructiva y finalmente la diabetes mellitus que es una de las mayores causas de la insuficiencia renal crónica (Harrison, 2006).

En aproximadamente el 14% de los casos no se logra establecer el origen de la insuficiencia renal, sin embargo, el determinar la causa permite a veces, detener el daño progresivo al riñón y establecer un pronóstico para considerar la posibilidad de un trasplante renal (Ibid).

#### **Diagnóstico y tratamiento:**

EL diagnóstico clínico se integra a partir de la anamnesis y de los estudios de laboratorio pertinentes. Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas (Palencia-Férez, 2001). También se analizan creatinina en sangre, BUN, depuración de creatinina en orina, potasio y ultrasonido renal entre los más comunes.

Cuando la pérdida de la función renal alcanza ciertos límites determinados por éstas pruebas de laboratorio (valores de creatinina superiores a 10 mg/dl o bien un filtrado glomerular menor a 10ml por minuto) se hace necesario el tratamiento sustitutivo. Existen tres tratamientos identificados en nuestro país: la diálisis peritoneal en tres modalidades (diálisis peritoneal

ambulatoria continua, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal aguda), la hemodiálisis y el trasplante renal (Harrison, 2006).

EN conjunto con los tratamientos sustitutivos, se inicia un tratamiento dietético que constituye una parte esencial de la terapéutica en todos los casos. Los objetivos del manejo dietético son: preservar la función renal, prevenir la aparición de síntomas urémicos y mantener el estado nutricional del paciente (Arbeláez et al., 2005).

La dieta por lo general es rica en carbohidratos y baja en proteínas con la finalidad de reducir el trabajo en los riñones (Ibid). Se debe reducir la ingesta de sal. Se debe controlar de manera obligatoria la ingesta de líquidos. En algunos casos es estricta y la ingesta se puede llegar a reducir hasta en 250ml para 24 hrs. Dicho control de ingesta varía según la diuresis del sujeto y siempre debe equilibrarse con la producción de orina y con la retención de sodio y potasio. Es por ello que se restringen alimentos ricos en potasio que eviten la concentración elevada del mismo en sangre y ocasionen daños cardíacos. Se intenta del mismo modo corregir la disminución de calcio a través de suplementos orales (National Kidney Foundation, 2007).

El cuidado dietético es una parte básica del tratamiento ya que en los alimentos se encuentran las sustancias que el riñón ahora en su condición crónica no es capaz de eliminar y se convierten en toxinas que pueden agravar los síntomas e incluso provocar la muerte del paciente.

### **Tratamientos sustitutivos (diálisis):**

Es una técnica que permite eliminar los productos de deshecho de la sangre y el exceso de líquido del organismo para poder conservar el equilibrio orgánico (Harrison, 2006).

### **La diálisis peritoneal:<sup>9</sup>**

Es un procedimiento que consiste en instalar en la cavidad abdominal un catéter que permite introducir solución dialítica para que ésta extraiga desechos y agua del organismo. Las soluciones dialíticas son preparaciones osmóticas que generan un intercambio de sustancias entre la sangre y el espacio peritoneal (Ibid). Las sustancias que se difunden por diferencia de concentración desde la sangre hacia el exterior de los capilares son la urea y la creatinina principalmente, y en sentido contrario se filtra lactato, calcio y glucosa. La sustancia de diálisis también extrae una fracción extra de líquido corporal sobrante (Ibid).

La extracción de desechos se da en la membrana peritoneal (ubicada en el abdomen), que tiene una extensa superficie cubierta de vasos capilares en grandes cantidades que es en

donde se realiza el mecanismo de limpieza y extracción de desechos. El mecanismo se realiza por “baños” o “recambios” (Arbeláez et al., 2005).

Un “baño” o “recambio” consiste en la introducción de una bolsa de solución de diálisis con un volumen de 2 litros que permanece en la cavidad abdominal por un espacio de 30 minutos y posteriormente se extrae por gravedad a través del mismo catéter (Ibid).

De acuerdo a lo reportado por Harrison, 2006 y la National Kindey Foundation, 2007, existen dos tipos de diálisis peritoneal: intermitente y la continua ambulatoria.

***Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA):*** se conoce como “diálisis en casa”. Es un programa de tratamiento en donde se requiere que el paciente realice hasta 5 recambios diarios y continuos cada 24 horas. Es por ello que se realiza en casa. Es un tratamiento que requiere la educación del paciente y la familia para el manejo de las soluciones y el catéter. Éste tipo de tratamiento, al mantener líquido dializante en la cavidad abdominal las 24 horas, evita que se acumulen las toxinas a lo largo del día. La ventaja principal de dicho tratamiento es la mayor libertad nutricional ya que en cada recambio se eliminan las sustancias que se pudiesen ingerir durante los alimentos y por tanto se previene la desnutrición en gran medida. Otra de las grandes ventajas es que los pacientes que siguen éste tratamiento pueden llevar a cabo la mayoría de sus actividades cotidianas y laborales. Este tipo de tratamiento ofrece al paciente una calidad de vida aceptable y una esperanza de vida de entre 8 y 10 años.

***La diálisis peritoneal intermitente (DPI):*** Consiste en un programa en el que el paciente se dializará una vez por semana con un número de recambios que varía entre 20 y 30, dependiendo de los valores de laboratorio del paciente. Éste tratamiento toma entre 2 y 3 días de hospitalización durante los cuales se realizará el procedimiento de diálisis. La gran desventaja de éste tipo de tratamiento es que el cuerpo acumula toxinas en los días en los que el paciente no recibe la diálisis y por lo tanto es necesario llevar una dieta restringida en proteínas, sodio, potasio y líquidos para evitar la acumulación excesiva de desechos que no se excretan hasta la siguiente diálisis; éste tipo de regimenes alimenticios propician la desnutrición y anemia de los pacientes. Es un sistema de tratamiento que en los países desarrollados está en desuso debido a la baja calidad de vida que ofrece, las restricciones nutricionales y la baja esperanza de vida que ofrece (entre 1 y 2 años)

#### **La hemodiálisis:**

Es un mecanismo de limpieza que se realiza a través de un acceso permanente y de bajo riesgo al sistema circulatorio conocido como “fístula arteriovenosa interna”. Dicha fístula es capaz de proporcionar un flujo sanguíneo suficiente para realizar el procedimiento de eliminación de toxinas (Harrison, 2006).



La fístula arteriovenosa interna se realiza a través de un procedimiento intervencionista quirúrgico que consiste en unir varias arterias y venas en un solo canal para obtener una vía de mayor volumen y permeabilidad. Una vez conseguida la entrada por ésta vía, se inserta un catéter de punción venosa que se conecta a una máquina de hemodiálisis (Ibid).

La hemodiálisis es un proceso de intercambio bidireccional de líquidos y sustancias entre dos soluciones de diferente composición a través de una membrana semipermeable. Durante la hemodiálisis se eliminan de la sangre el exceso de agua y sustancias tóxicas. Además se ingresan al organismo calcio y bicarbonato entre otras sustancias.

La hemodiálisis es un tratamiento que necesita de hospitalización ya que requiere una máquina que realice el filtrado. La máquina se compone de sistemas de calentamiento, bombeo, determinación de sustancias y alarmas que permiten el control adecuado y preciso del proceso de limpieza. El proceso toma entre 4 y 8 horas para concluir, mismas en las que el paciente deberá estar hospitalizado. Se realiza entre 2 y 4 veces por semana (Palencia-Férez, 2001). Es uno de los tratamientos que permiten una mejor limpieza de la sangre y una esperanza de vida entre 6 y 10 años. La desventaja del tratamiento es el régimen dietético al que los pacientes necesitan someterse, régimen que incluye entre los principales objetivos un estricto control de líquidos y sodio. En países en desarrollo es un tratamiento costoso al que la mayoría de la población no tiene acceso y con el que no todos los hospitales están equipados.

Es indicación de hemodiálisis es cualquier dificultad que surga para realizar la diálisis peritoneal, casos en los que la IRC no se puede controlar por medio de otro procedimiento, necesidad inminente de una basta capacidad de depuración de toxinas, pacientes no candidatos a trasplante renal que pueden esperar una larga sobrevida y pacientes candidatos a trasplante renal (Arbeláez et al., 2005).

El procedimiento tiene complicaciones crónicas como dolor articular, quistes óseos y el depósito de beta microglobulina, sustancia que genera dolor por compresión de nervios periféricos. También se ha asociado con una mayor incidencia de linfomas y sarcomas así como la intoxicación por aluminio que podría ocasionar demencia o encefalopatía. Uno de los principales efectos secundarios es la fatiga (Ibid).

### **Factores psicológicos en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica**

Las reacciones psicológicas disfuncionales más frecuentes son: respuestas fóbicas y de ansiedad, intentos suicidas, estilo de no adherencia pasiva a los tratamientos, depresión, disfunción sexual y problemas psicosociales (Palencia-Férez, 2001).

Se ha reportado que más del 50% de los pacientes masculinos con IRC tienen alterada la función sexual lo cual repercute en su calidad de vida y estado psicológico. A veces, la función sexual mejora con el tratamiento de diálisis o con el trasplante renal. Sin embargo, la función reproductora permanece dañada definitivamente tanto en los hombres como en las mujeres (Ibid).

Una de las principales repercusiones de la enfermedad es el deterioro físico. El enfermo con IRC despidе aliento urémico(orina) característico y que resulta desagradable, aparecen manchas en la piel, cambios de coloración y descamación, cicatrices, fatiga excesiva e incontrolable, náusea y vómito continuo, prurito constante y problemas en el área sexual entre los principales contratiempos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Los cambios anteriormente mencionados provocan un rompimiento con el esquema de identidad que el paciente maneja, impactan en el autoconcepto, en el estado de ánimo y en la relación del paciente con su familia. De igual manera se ha documentado la presencia de sentimientos de vergüenza e inferioridad, culpa, incapacidad, desvalorización y falta de identidad (Ibid). También son pacientes que están en un proceso de duelo por cada una de las pérdidas que van sufriendo. Presentan ansiedad, depresión y miedo a la muerte. Por lo general dichos cambios refuerzan el rol de “enfermo” del paciente y lo impulsan a identificarse con el mismo.

Un estudio (Palencia-Férez, 2001) reportó que la alteración del estado de ánimo era la respuesta más común entre los pacientes renales enviados al psicólogo y también se observó que los trastornos de personalidad graves no eran frecuentes.

Otra de las alteraciones psicológicas que se ha identificado en éstos pacientes es la presencia de ansiedad anticipatoria a experimentar los síntomas y signos de la descompensación de la función renal. Dicho estado se mantiene de manera permanente y puede provocar elevación de la presión arterial y mayor riesgo de descompensación (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Se ha documentado ampliamente la presencia de algún episodio de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a diálisis. Incluso se ha observado el desarrollo de fobias a ciertos materiales o procedimientos del tratamiento. Se observó que el trastorno de ansiedad generalizada parece más prevalente en las primeras etapas del tratamiento y se estimó una prevalencia del 30% (Ibid).

La depresión es la alteración más frecuentemente observada en pacientes en hemodiálisis. Su incidencia es incierta debido al cruce de factores físicos de la enfermedad como fatiga y falta de apetito. Se observó en un estudio que al menos el 50% de los pacientes dializados durante su primer año de tratamiento muestran un cuadro de depresión moderada y se relacionó dicho cuadro

con la muerte temprana del paciente a causa de complicaciones de la enfermedad (Palencia y Férez, 2001).

Se ha observado una alta incidencia de intento de suicidio en ésta población, en estudios reportados se documentó que la incidencia de intento de suicidio es 100 veces mayor que en la población general y hasta 400 veces mayor si se asocia a falta evidente de adhesión al tratamiento médico. La principal falla detectada es la sobre ingesta de líquidos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

De igual forma se ha estudiado el fenómeno de estrés en esta población y se han reportado distintos estresores, entre los más destacados (Ibid):

- Toma de conciencia por parte del enfermo de que su vida se encuentra amenazada (es una población en donde la mortalidad es alta)
- Deterioro físico y cognitivo que se da debido a las complicaciones de la enfermedad y de la que el paciente es consciente
- Pérdida del estilo de vida, daño en la economía familiar, pérdida de empleo, pérdida del rol en la familia.
- Inconsistencias en el tratamiento o en la capacitación para su tratamiento, falta de recursos para cubrir sus necesidades curativas, rotación continua del personal de salud

El mayor número de alteraciones y problemas psicológicos se observaron en pacientes jóvenes que tienen un año o menos en tratamiento sustitutivo y en pacientes masculinos mayores a 50 años que carecen de actividades vocacionales. Aquellos pacientes que reportaron una mayor satisfacción en su vida general antes de tener el diagnóstico fueron los que reportaron un mejor enfrentamiento y ajuste a la enfermedad.

## **ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS DIARIAS DEL SERVICIO**

### **ACTIVIDADES ACADÉMICAS:**

- Asistencia y participación en la sesión general del hospital (martes de 8:00 a 9:00 a.m.)
- Impartición de clases a los residentes del área de Medicina Interna y a los médicos internos (muerte digna, comunicación de malas noticias, comunicación médico-paciente)
- Ponencia: trastornos del estado de ánimo en el congreso anual de enfermería del hospital.
- Participación en el programa académico de la faculta de medicina para médicos internos con el tema: ansiedad y depresión

## **SUPERVISIÓN ACADÉMICA**

Se realizó los días lunes de 12:00 a 1:00 p.m. dos veces por mes. La supervisión estuvo a cargo de la Mtra. Bertha Molina Zepeda. Se revisó literatura sobre psicología de la salud y atención con orientación cognitivo conductual para padecimientos crónico degenerativos. Se supervisaron casos clínicos de psicoterapia en la consulta externa, y se realizaron modelamientos en vivo para pacientes en crisis.

## **ACTIVIDADES CLÍNICAS**

**VISITA HOSPITALARIA:** Se realizó a diario en el área de hospitalización de Medicina Interna. El pase de visita se llevó a cabo en conjunto con el equipo médico, de enfermería y trabajo social. La actividad consiste en visitar a cada uno de los pacientes internados en dicho servicio con la finalidad de obtener información sobre sus padecimientos, realizar la revisión médica pertinente y dar seguimiento a sus estudios de diagnóstico y tratamiento. De manera paralela se conoce a los pacientes en su esfera social, personal y psicológica por medio de la intervención de trabajo social y medicina conductual.

En cada pase de visita se valoró el discurso y situación específica de cada paciente para determinar la necesidad de intervención por parte del servicio de medicina conductual. De acuerdo a las necesidades detectadas, el tipo de intervenciones realizadas en el servicio estuvieron orientadas a:

- Preparación psicológica para procedimientos invasivos (colocación de catéteres para diálisis (rígido y blando), colocación de sellos de agua, parasentesis, canalización, biopsias, toma de electrocardiogramas, endoscopías, tomografías, cirugías mayores y menores).
- Intervenciones cognitivo-conductuales para promover la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico -degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia renal crónica (IRC)).
- Psicoeducación sobre padecimientos crónico-degenerativos presentados con mayor frecuencia.
- Apoyo tanto al equipo médico como a los familiares para dar o recibir malas noticias.
- Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida en pacientes de la consulta externa.
- Entrenamiento para la adquisición y/o modificación de estrategias de enfrentamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida.
- Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés.
- Detección y tratamiento de trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad y déficit en habilidades cognitivas.

- Intervención en crisis para el servicio de urgencias y en caso de fallecimiento de algún paciente hospitalizado.
- Intervención en crisis para pacientes con intento de suicidio.
- Detección y canalización de pacientes hacia el programa de violencia del hospital.
- Manejo del duelo en pacientes terminales y en familiares de pacientes fallecidos.

**PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE:** Debido a que la insuficiencia Renal Crónica es una de las enfermedades que se encuentra clasificada entre las 10 causas más comunes de muerte en nuestro país, desde hace más de siete años el HGA, dentro del Servicio de Medicina Interna, mantiene un programa de tratamiento para pacientes con IRC a través de diálisis peritoneal intermitente.

El hospital cuenta con dos unidades destinadas para la realización de diálisis peritoneal, un médico internista a cargo del programa en conjunto con los residentes médicos, una enfermera especialista en DPI, una trabajadora social y una nutrióloga clínica; y a partir de que la Universidad tiene un convenio con el hospital, una residente que da atención a dichos pacientes

Los pacientes que se atienden en el programa de DPI del hospital poseen las características sociodemográficas revisadas anteriormente en el presente trabajo. Se suman a dichas características el hecho de que provienen de comunidades de bajos recursos económicos y que los pacientes no poseen suficientes conocimientos sobre su enfermedad así como deficiencias en las habilidades de comunicación que les permiten entablar una comunicación efectiva con los médicos.

Los pacientes que ingresan al programa de DPI por lo general tienen como padecimientos de base la diabetes mellitus o la hipertensión arterial con más de 7 años de evolución. También se ha logrado identificar que presentan poca adherencia terapéutica y que se encuentran en la sexta década de la vida.

Con el trabajo de los residentes de medicina conductual se ha logrado establecer que de 100 pacientes que el HGA recibe anualmente con necesidad de tratamiento sustitutivo con DPI únicamente el 10% acceden a dicho tratamiento. Esta situación se debe a que el iniciar un tratamiento con DPI implica cambios bruscos en el estilo de vida para el paciente y para su núcleo familiar además de que significa una importante fuente de egresos para la familia.

De acuerdo a Santillán 2005 "la falta de cumplimiento con la prescripción terapéutica impacta significativamente el cuidado de pacientes en diálisis así como sus resultados. Es probable que un tercio de los pacientes en diálisis peritoneal omitan los cambios prescritos. Pocas

intervenciones han sido evaluadas rigurosamente, pero se ha encontrado que la educación para pacientes o la atención individualizada, la supervisión, la motivación, y el apoyo son estrategias que incrementan el cumplimiento de los pacientes”

El programa de DPI del hospital cuenta con un trabajo multidisciplinario en donde una parte fundamental es la intervención del residente de medicina conductual. El psicólogo se encarga de evaluar al paciente y a su familia para valorar su ingreso al programa de tratamiento con DPI. Este programa retoma la importancia de que el paciente y el familiar tengan la suficiente información sobre la enfermedad y sobre las conductas de autocontrol para el adecuado cambio en el estilo de vida.

Objetivos del psicólogo a cargo del programa de DPI:

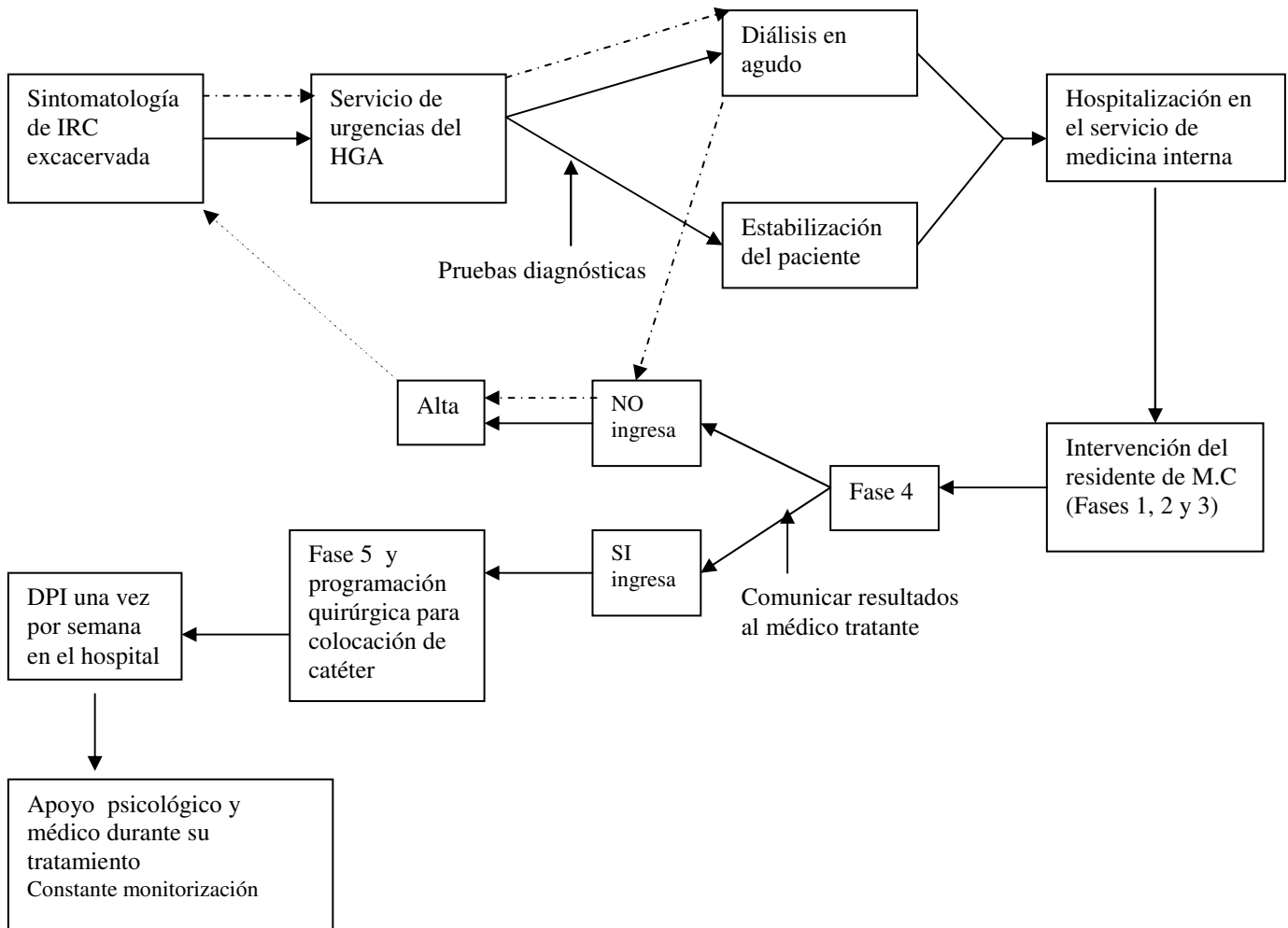
1. Informar al paciente sobre la insuficiencia renal crónica terminal y sobre las conductas de autocuidado necesarias para la adherencia al tratamiento
2. Informar a los cuidadores sobre la insuficiencia renal terminal y sobre las conductas de autocuidado necesarias para la adherencia al tratamiento
3. Evaluar el estilo de vida y las herramientas cognitivas del paciente y de la familia
4. Decidir el ingreso del paciente al tratamiento con DPI en el hospital
5. Informar al médico tratante sobre el proceso y resultado de la evaluación
6. Entrenar al paciente y a su cuidador primario en autocontrol para las conductas de autocuidado que requiere al estar en DPI

El programa de psicología cuenta con 5 fases:

1. Fase de entrevista inicial y exposición de información con la familia
2. Fase de entrevista inicial y exposición de información con el paciente
3. Fase de evaluación inicial al paciente y a la familia
4. Toma de decisión sobre el ingreso al programa
5. Programa de entrenamiento en autocontrol

Se presenta en la figura 16, un diagrama de flujo en el que se puede observar el proceso que el paciente sigue para acceder a un tratamiento con DPI. El presente diagrama se elaboró para fines de esquematizar el procedimiento del programa:

**Figura 16. Diagrama de flujo del programa de DPI**



Cabe mencionar que de acuerdo a los resultados obtenidos en las tres primeras fases del programa, la mayoría de los pacientes no son aceptados para su ingreso al tratamiento con DPI debido a la carencia de requisitos indispensables para el tratamiento por lo que no continúan con la fase 5. Los pacientes que no son aceptados en el programa una vez estabilizados se dan de alta y tendrán que regresar al servicio de urgencias cada vez que la sintomatología se exacerbe.

Los pacientes aceptados en el programa deben ser programados a una cirugía de colocación de catéter para DPI. Permanecen hospitalizados en promedio 8 días en donde el psicólogo interviene con la fase 5 del programa y finalmente se les da de alta. Una vez en casa deben realizar los cambios necesarios para su nuevo estilo de vida y volver al hospital una vez por semana para su tratamiento de DPI. El paciente que ingresa al programa de tratamiento se

encuentra constantemente monitoreado con indicadores de laboratorio para observar su adherencia terapéutica.

Los pacientes que ingresan al programa de DPI y resultan no adherentes pueden ser considerados para darse de baja del régimen de tratamiento debido al alto riesgo que conlleva no seguir adecuadamente las indicaciones médicas.

Fase 1 y 2 del programa:

Consta de 2 sesiones, una con el paciente y una con la familia. Cada sesión tiene una duración aproximada de una hora y media. En esta fase del programa se completan los formatos establecidos y diseñados por las residentes de medicina conductual en donde se recopila la información principal del paciente y la familia, se interrogan hábitos alimenticios y de adherencia al padecimiento de base que originó la IRC. Se utilizan láminas ilustrativas sobre el tema para la sesión psicoeducativa.

Durante la sesión psicoeducativa se abordan los siguientes temas:

1. Información sobre los riñones (anatomía y fisiología así como importancia de su existencia)
2. Información sobre la IRC (etiologías posibles, historia natural, riesgos y complicaciones)
3. Opciones de tratamiento ( Diálisis en sus distintas modalidades, trasplante o no tratamiento)
4. Proceso de diálisis ( en qué consiste y los aditamentos necesarios)
5. Diálisis peritoneal ( procedimiento y requerimientos por parte de un paciente)
6. Catéter blando ( nombre técnico, costos, cuidados y riesgos)
7. Conductas de autocuidado necesarias para conservar el catéter libre de riesgos

Fase 3 del programa:

Consta de una sesión de una hora. Se realiza una entrevista semi-estructurada que interroga conocimientos previos sobre la enfermedad de base y sobre la IRC, estilos de enfrentamiento, habilidades de comunicación, expectativas del tratamiento, estilo de vida y sintomatología de IRC. Se aplica de igual forma el cuestionario estructurado breve de estilos de vida específicos (Santillán, 2005). En esta fase del programa se evalúa tanto al paciente como a la familia.



Fase 4 del programa:

Consta de una sesión de 30 minutos en donde se explican los criterios para acceder al programa de DPI junto con los costos que involucrará el tratamiento.

Los criterios que se han establecido para aceptar a un paciente al programa de DPI se refieren a las 5 conductas de autocuidado necesarias para el tratamiento. Un paciente debe cubrir satisfactoriamente al menos 4 de los 5 criterios para ser aceptado en el programa. Los criterios son los siguientes:

1. Asistencia puntual a las citas semanales una vez iniciado el tratamiento
2. Alimentación
  - a. Restricción de líquidos (menos de 1000 ml al día)
  - b. Dieta renal (baja en proteínas y carbohidratos)
3. Medicamentos
  - a. Compra de medicamentos
  - b. Correcto consumo de medicamentos
4. Compra de bolsas de DPI
  - a. De 15 a 30 bolsas por semana
5. Higiene y limpieza
  - a. Limpieza diaria del catéter
  - b. Baño diario (con regadera en un lugar cerrado y dentro de la casa)
  - c. Limpieza de ropa interior, exterior y de cama diaria
  - d. Limpieza de la vivienda diaria

Al finalizar la explicación y exposición de la información el psicólogo debe decidir si el paciente puede ser considerado candidato a ingresar al programa. La decisión conlleva el acuerdo de la familia y del paciente.

Fase 5

Se encuentra estructurado un programa de autocontrol junto con un manual elaborado con fines terapéuticos por Santillán en 2005. El programa está estructurado en 5 sesiones semanales en donde se trabajan estrategias de enfrentamiento, solución de problemas y autocuidado. Tiene una fase de línea base, una fase de intervención y una fase de evaluación. Al finalizar el entrenamiento el paciente continúa recibiendo apoyo psicológico durante todas sus visitas al hospital. Se ha encontrado que el entrenamiento en autocontrol aumentó el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mejoró los niveles de adherencia terapéutica, mejoró la

sintomatología depresiva y aumento la frecuencia de realización de las conductas de autocuidado. (Santillán, 2005).

El programa de DPI del hospital es un programa multidisciplinario ya establecido en el hospital que fue estructurado por residentes de medicina conductual. Durante el período de febrero 2005 a marzo 2006 se le dio continuidad y desarrollo. En este período ingresaron al programa 34 pacientes con una media de edad de 45 años y una D.E. de 16.6. Se pueden observar los datos sociodemográficos de los pacientes del programa en la tabla 4.

**Tabla 4. Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados al programa de DPI del HGA en el periodo febrero 2005 a marzo 2006 (N=34).**

		<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		<b>45.06</b>	<b>16.66</b>	
<b>ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)</b>		<b>5.1</b>	<b>3.6</b>	
<b>SEXO</b>	<b>Masculino</b>			<b>47.1</b>
	<b>Femenino</b>			<b>52.9</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Casado</b>			<b>67.5</b>
	<b>Soltero</b>			<b>14</b>
	<b>Divorciado</b>			<b>11.4</b>
	<b>Otros</b>			<b>7.1</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>IRCT</b>			<b>97.1</b>
	<b>IRA</b>			<b>2.9</b>
<b>ESTADO</b>	<b>Programa DPI</b>			<b>76.5</b>
	<b>Traslado</b>			<b>14.7</b>
	<b>IMSS</b>			<b>5.9</b>
	<b>Transpalnte</b>			<b>2.9</b>

Se puede observar que los pacientes del programa de DPI son más jóvenes que la población general del hospital, su escolaridad promedio es la misma (primaria inconclusa o cerca de terminarla), la mayoría son mujeres casadas. Se puede observar que de los 34 pacientes ingresados el 2.9% dio un falso positivo, es decir no tenía insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) sino que presentó un episodio de insuficiencia renal aguda (IRA). Finalmente se muestra el estado del paciente durante su estancia en el programa. La mayoría de ellos permanecen en el programa para acceder a un tratamiento. Cerca del 15% una vez admitidos en el programa son trasladados por diversos motivos a hospitales de tercer nivel. Se puede observar también que un pequeño porcentaje (5.9%) pudo ser ingresado a la seguridad social y finalmente únicamente un caso de los 34 pudo acceder a un trasplante.

Al obtener los datos de la supervivencia en promedio de los pacientes atendidos durante el año se encontró que la media en meses de supervivencia fue de 8.56 con una desviación estándar de 6.17; un mínimo de 2 meses y un máximo de 30 meses.

Durante éste período las actividades desarrolladas dentro de este programa comprendieron:

- Desarrollo de la fase 1,2 ,3 y 4 del programa de psicología en todos los pacientes diagnosticados con IRCT (en promedio 100 al año)
- Desarrollo de la fase 5 del programa en los 34 pacientes ingresados al programa durante el año
- Apoyo psicológico para los pacientes del programa con problemáticas variadas (síntomas de ansiedad y depresión, problemas con el autocuidado, estrés, falta de adherencia, duelo, conflictos conyugales, problemas del área sexual, conflictos paterno-filiales, problemas instrumentales)
- Organización y estructura de las citas para diálisis de los pacientes.
- Organización y desarrollo de sesiones grupales para los pacientes y sus familiares
- Modificación y mejora de los materiales psicoeducativos para las fases 1, 2 y 3
- Modificación y mejora de los formatos para la evaluación de la fase 3 y 4
- Implementación de un programa de economía de fichas por asistencia puntual y adecuado autocuidado para los pacientes
- Estructuración de un formato para notas de información para aceptación o rechazo de pacientes al programa
- Capacitación de los nuevos residentes para realizar las 5 fases del programa.

#### **DISEÑO DE UN PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL HGA**

Durante el período de febrero de 2005 a marzo de 2006 en el Hospital General de Atizapán se detectó la necesidad de intervención en los familiares de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis peritoneal Intermitente ya que los pacientes son atendidos por el programa de diálisis peritoneal intermitente desarrollado por residentes de Medicina Conductual en años anteriores. Dicho programa se ha descrito detalladamente en la parte anterior del presente reporte.

Los cuidadores primarios de estos pacientes reportaron a la entrevista clínica un elevado índice de síntomas de estrés y déficit en habilidades como: solución de problemas, enfrentamiento,

comunicación y manejo del tiempo. Es por ello que se diseñó el presente plan de intervención para disminuir los anteriores síntomas.

Las condiciones socioeconómicas de la población mexicana que no cuenta con escolaridad ni con un empleo que les permita acceder a la seguridad social y contar con las condiciones de urbanidad adecuada, contribuyen al deterioro temprano de los pacientes cuando se enferman (González-Tablas, Diez, López y Cerrón, 2005). En el caso de las enfermedades crónico – degenerativas, en este estrato socioeconómico las complicaciones aparecen de manera más temprana (Ibid). Esta situación, aunada a los problemas de ser cuidador primario que se han revisado con anterioridad, genera un problema de salud tanto física como mental en los cuidadores de los pacientes internados en el Hospital General de Atizapán, que en su mayoría pertenecen al estrato económico bajo.

La carátula del programa se encuentra en el anexo 4, sin embargo el programa completo se encuentra en las instalaciones del HGA, se desarrolla por las residentes de Medicina Conductual adscritas a esa sede ya que el diseño se elaboró durante el segundo semestre del primer año de residencia con la finalidad de darle continuidad en generaciones sucesivas. Por motivos de tiempo y permanencia en el hospital no fue posible aplicar el programa y medir y evaluar los resultados del mismo. Se dejó como una propuesta de intervención para la población identificada anteriormente, misma que cobra relevancia al ser el pilar principal para el cuidado y correcto manejo del tratamiento de los pacientes. Se resalta nuevamente que los pacientes del hospital son atendidos por el programa diseñado en generaciones anteriores para ellos, mismo que se detalló anteriormente y que ya está establecido en el hospital de forma cotidiana.

## **PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL HGA**

### **INTRODUCCIÓN:**

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de 60 millones de personas padecen una enfermedad crónico-degenerativa en el continente americano. De esos 60 millones, el 20% lo ocupa la insuficiencia renal crónica. En México se dice que uno de cada nueve adultos la padecen, además la insuficiencia renal figura entre las diez primeras causas de muerte a nivel nacional (INEGI, 1999). La insuficiencia renal crónica es una condición que daña y disminuye la capacidad de los riñones, lo cual desemboca en complicaciones como hipertensión, anemia, malnutrición, huesos débiles e incluso daño a los nervios (Arbeláez y cols, 2005). Este tipo

de enfermedad lleva al paciente a un deterioro temprano y lo conduce irremediablemente a la discapacidad (Ibid).

Según la OMS (1983), una persona discapacitada es aquella que presenta una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Esta se caracteriza por excesos o insuficiencia en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria y normal (Ibid).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan discapacidades en menor o mayor grado, lo que hace que necesiten ayuda asistencial de diversa índole, lo cual abre un espacio para la figura de un Cuidador primario (González-Tablas, Diez, López y Cerrón, 2005). Esta persona siempre está cerca del paciente, por lo general pertenece a su entorno familiar y tiene una gran importancia en la situación física y emocional del paciente (Ibid). Observando la incidencia de la insuficiencia renal crónica, así como sus consecuencias, resulta necesario tomar en cuenta la figura del cuidador como parte fundamental del proceso de enfermedad (Ibid).

El término cuidador se refiere a cualquier individuo que provea ayuda y asistencia a cualquier persona que se encuentre en algún grado discapacitado (Muñoz, Espinoza, Portillo y Rodríguez, 2002). La OMS (1999) define al cuidador primario como “aquella persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el rol de responsable del mismo en un amplio sentido, éste individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta”.

Se estima, a nivel mundial que un 50% de los cuidadores cuidan a personas enfermas o discapacitadas de más de 20 años de edad (Family Caregiver Alliance en [www.caregiver.org/caregiver](http://www.caregiver.org/caregiver), 2006). El 30% de estos cuidadores le provee cuidados a algún adulto con alguna enfermedad crónica, aproximadamente el 75% de éstos cuidadores son mujeres (Ibid). La edad promedio de los cuidadores se ha estimado en 43 años (Ibid). El 34% de éstos cuidadores se encuentran en hispano-América, el parentesco con el paciente es del 26% hijos y el 13.4% cónyuges, en promedio, el tiempo de cuidados asciende a 40 horas por semana y en promedio durante 5 años (Ibid).

Ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud (Devi y Almazán, 2002; Gaugler, et al., 2004; Knussen, Tolson, Iain, Brogan y Stott, 2005 y Waelde y Thompson, 2004). Se encontró que las personas que reportaban un alto nivel de estrés tenían un 63% más de riesgo de morir si eran cuidadores primarios. Se encontró también que 31% de los cuidadores primarios entrevistados reportaban su salud física como mala y regular (Ibid).

Un nuevo estudio reportó que el 53% de los cuidadores reportaban estar preocupados, 37% frustrados, 28% deprimidos y el 22% desesperados (Gallagher-Thompson, et al. 1998). Otro

estudio reportó que entre el 46 y el 59% de los cuidadores estaban clínicamente deprimidos y que éstos utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Tugrul et al., 2003).

Se sabe que en nuestro país, el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico (Deví y Almazán, 2002). La familia se convierte en un pilar básico en la provisión de cuidados de cualquier paciente (Ibid). Sin la participación de la familia, difícilmente se alcanzarían los objetivos de atención al paciente (Ibid).

Es necesario considerar la figura del cuidador primario ya que en ésta se desarrollarán una serie de alteraciones que afectarán a múltiples esferas –emocional, social, estructural- y que se pueden considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo (Deví y Almazán, 2002). Algunos de los síntomas identificados son: patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, el síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico y estrés (Ibid). El cuidador de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad (Ibid).

El perfil del cuidador en nuestro medio social es una mujer de 50 años con nivel de estudios de primaria o secundaria, esposa o hija del paciente (Muñoz, Espinosa, Portillo y Rodríguez, 2002). Existe un punto importante de discrepancia con la definición que la OMS propone para “cuidador primario”, la parte en donde se dice que es una persona que adquiere voluntariamente dicho rol. En nuestra sociedad, la asignación del rol de cuidador se hace en base a una fuerte determinación social hacia la definición del papel de la familia y sobretodo de la mujer como principal proveedora de cuidados (Muñoz et al., 2002).

Se ha identificado que el estrés afecta de manera importante tanto la salud como la calidad de vida de los cuidadores primarios, sobretodo en condiciones socioeconómicas deterioradas y es por ello necesario realizar intervenciones para impedir que el estrés impacte tan fuertemente la calidad de vida de los cuidadores primarios.

Destacan entre los problemas encontrados en cuidadores a nivel nacional, problemas de salud como osteoarticulares, dolor crónico, alteraciones en el sueño y astenia, alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión, aislamiento social, problemas familiares, problemas económicos, pérdida de la actividad laboral, sentimientos de culpa (Deví y Almazán, 2002; y Muñoz et al., 2002). Esta problemática suele manifestarse como tensión emocional y se concentrará en quejas físicas como artralgias, cefaleas, insomnio, astenia, síntomas vagos y mal definidos, todos ellos consecuencia del estrés al que el cuidador se encuentra sometido (Ibid). El estrés del

cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos, y estresores a los que se encuentran expuestos (ibid). En algunas circunstancias, dar cuidados se transforma del intercambio ordinario de asistencia entre personas que tienen una relación cercana a otra que es extraordinaria, donde la carga no es distribuida equitativamente (González-Tablas, Diez, López y Cerrón, 2005). Un gran y prolongado deterioro y una enfermedad crónico-degenerativa, son algunas de estas circunstancias (Ibid). El hecho de dar cuidados y sus consecuencias está influenciado directamente por las características del cuidador (Ibid). El tipo de intensidad de estresores a los que la persona se expone, los recursos personales y sociales de los que se dispone para hacer frente a los estresores y las maneras como se expresa el estrés están sujetos a los efectos de las condiciones individuales de vida (Ibid).

En gran parte, la investigación está centrada en la sobrecarga del cuidador y en el tipo de modelo de estrés y afrontamiento que opera en él (Deví y Almazán, 2002). Se ha logrado identificar que el evento estresante es típicamente una situación crónica (Ibid). Por un lado está la acumulación de problemas adicionales secundarios a la crisis inicial de la enfermedad y por el otro el hecho de que el estrés resulta ser también de la combinación de cambios iniciados por la enfermedad (Ibid).

Se encuentra a continuación el diseño del programa dirigido a la población de cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica inscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del HGA.

**OBJETIVO GENERAL:** que los cuidadores primarios adquieran habilidades de enfrentamiento ante el estrés al que se encuentran sometidos como cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica

**POBLACIÓN META:**

21 Cuidadores primarios de los 17 pacientes que pertenecen al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital General de Atizapán con las siguientes características:

- 6 hombres

- 15 mujeres

Edad media: 45 años, 70% casados, 25% unión libre y 5% solteros

Ocupación: empleados (80%) y amas de casa (20%)

Parentesco con el paciente: pareja (55%), hermanos (27%), hijos(18%)

Escolaridad Media: Secundaria / Carrera técnica

4 Cuidadores cursan con Diabetes Mellitus tipo II

## 1 Cuidador cursa con Hipertensión Arterial Sistémica

**Criterios de exclusión:** analfabetismo, muerte del paciente

### **RECURSOS Y MATERIALES:**

#### **Recursos humanos:**

- Participará el departamento de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán para tomar signos vitales
- Como Facilitador del programa: Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo
- Equipo de salud a cargo del desarrollo del programa de diálisis peritoneal del Hospital General de Atizapán. (3 médicos, 4 psicólogas, 1 trabajadora social).

#### **Recursos materiales:**

- Trípticos sobre: estrés, cuidadores primarios, técnicas de relajación, asertividad, manejo del tiempo, solución de problemas y duelo.
- Presentación sobre: estrés, cuidadores primarios, habilidades sociales y manejo del duelo
- Cuadernos de trabajo sobre: técnica de solución de problemas, manejo del tiempo, manejo del duelo
- Hojas de registro: signos vitales y relajación
- Gráficas sobre signos vitales y relajación
- Hoja de integración del puntuación y resultados de la batería psicológica
- Cuestionario sobre conocimiento del estrés
- Cronómetro
- Baumanómetro
- Estetoscopio
- Video de relajación
- Guión de relajación con frases autógenas
- Instrumentos: Inventario de síntomas y fuentes de estrés, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Entrevista de carga del cuidador de Zarit (1982), Perfil de estrés de Novack y Cuestionario de conocimientos generales.

Se diseñó el programa para aplicarlo **en la** Unidad de Diálisis del Hospital General de Atizapán y el Consultorio 12 de "Salud Mental" del Hospital General de Atizapán

**PROCEDIMIENTO:** el programa consta de 3 fases: evaluación, intervención y post-evaluación. Se compone de 8 sesiones semanales de 2 horas cada una.

#### **En la fase de evaluación se mide:**

- Tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria
  - Estos signos se continuarán registrando al inicio y final de cada una de las sesiones con el apoyo del personal de enfermería del hospital.
- Estrés
  - Perfil de estrés de Nowack (2005)
  - Inventario sobre síntomas de estrés (Reynoso-Erazo y Seligman, 2006))
- Ansiedad y depresión
  - Inventarios de depresión y de ansiedad de Beck (2002)
- Sobrecarga
  - Entrevista de Carga del cuidador de Zarit (1982)



- Conocimientos generales sobre cuidador primario y estrés
  - Cuestionario de conocimientos generales elaborado por la autora

**En la fase de intervención:**

Se propone trabajar en el desarrollo de habilidades de enfrentamiento y se propone una sesión de psicoeducación que contemple los temas de cuidador primario, estrés, ansiedad y depresión:

Se propone trabajar con las siguientes habilidades de enfrentamiento:

- Respiración diafragmática
- Relajación muscular progresiva
- Relajación por frases autógenas
- Solución de problemas
- Administración del tiempo
- Reestructuración cognitiva
- Estrategias de enfrentamiento ante la pérdida

**En la fase de post-evaluación se propone medir:**

- Sobrecarga
  - Entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit, 1982)
- Ansiedad
  - Inventario de ansiedad de Beck (2002)
- Depresión
  - Inventario de depresión de Beck (2002)
- Estrés
  - Perfil de estrés (Nowack, 2005)
  - Cuestionario sobre síntomas de estrés (Reynoso-Erazo y Seligson, 2006))
- Conocimientos generales
  - Cuestionario de conocimientos generales

**CONSULTA EXTERNA:** El hospital cuenta con un servicio de Salud Mental compuesto por un médico psiquiatra, una psicóloga de base y tres residentes de Medicina Conductual. El servicio está ubicado en el consultorio no.12 del área de consulta externa del hospital. Tres veces por semana consulta el servicio de psiquiatría y dos veces por semana se atiende la consulta de psicología.

En el servicio de salud mental se atiende a toda la población del hospital que así lo requiera. Se dispone de un consultorio dos veces por semana en un horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. El horario se distribuye entre las 4 psicólogas a cargo de la consulta externa. La consulta de primera vez puede ser solicitada por el paciente, puede ser referida por los médicos especialistas del hospital o bien pueden ser referidos por los centros de salud aledaños al hospital. En la consulta externa de Psicología se atienden niños, adolescentes, adultos y adultos mayores con diversas problemáticas.

**INTERCONSULTAS:** Se atendieron 121 interconsultas a los servicios de urgencias y cirugía en el año 2005-2006. Las interconsultas para medicina conductual son valoradas y solicitadas por el médico especialista tratante. Se extiende una orden de interconsulta describiendo de manera breve la situación del paciente, dicha solicitud es entregada al residente de medicina conductual quien procede a realizar la evaluación del paciente y a decidir si es necesaria una intervención.

Si se realiza una intervención con el paciente ésta debe ser documentada en el expediente por medio de una nota breve. Finalmente si el paciente requiere de seguimiento por parte de psicología se le canaliza a la consulta externa.

Se realizaron 93 interconsultas al servicio de urgencias en donde se atendieron pacientes con ataques de pánico, intentos de suicidio, abuso de sustancias, crisis por violencia física, somatización y complicaciones de enfermedades como diabetes, hipertensión e insuficiencia renal. Las estrategias utilizadas con mayor frecuencia fueron: contención, solución de problemas, psicoeducación y relajación.

En el servicio de cirugía se atendieron 28 interconsultas en donde se atendieron pacientes con ansiedad prequirúrgica por futura amputación, ansiedad y dolor post quirúrgico en pacientes con diferentes tipos de procedimientos, pacientes con falta de adherencia terapéutica, y pacientes que rechazan el tratamiento quirúrgico. Las estrategias que se utilizaron con mayor frecuencia fueron: relajación, psicoeducación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades de autocontrol.

#### **POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN:**

La población del servicio está compuesta por adultos con una media de edad de 53.10 años (DE= 21.23). Fue cubierto en su totalidad por tres psicólogas residentes de la maestría en Medicina Conductual y una psicóloga de base, desde marzo del 2005 hasta febrero del 2006.

Los pacientes del servicio de medicina interna ingresan al hospital por el servicio de urgencias o terapia intensiva (en descompensación de sus padecimientos de base) o bien referidos de centros de salud de primer nivel aledaños al hospital (pacientes que debutan con sus diagnósticos) para ser estudiados, diagnosticados y tratados.

Su estancia en el área de urgencias varía entre 4hrs y 3 días dependiendo del padecimiento. Su estancia en el área de hospitalización varía entre 48 hrs. y meses.

### Características de la población:

En el periodo de marzo de 2005 a febrero de 2006 se atendieron en el servicio de medicina interna un total de 980 pacientes. Por parte del servicio de psicología se atendieron un total de 374 pacientes en hospitalización (38.1% de la población total). En la tabla 5 se muestran las características demográficas de edad, escolaridad, sexo, estado civil y días que permanecieron hospitalizados de los pacientes atendidos por el servicio de Psicología.

Tabla 5. Características sociodemográficas (N=374)

	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	%
<b>EDAD</b>	53.10	21.23	
<b>ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)</b>	6.7	3.6	
<b>DIAS HOSPITALIZACIÓN</b>	6.4	4.8	
<b>SEXO</b>			45.1 54.9
	<b>Masculino</b>		
	<b>Femenino</b>		
<b>ESTADO CIVIL</b>			44 37 7 12
	<b>Casado</b>		
	<b>Soltero</b>		
	<b>Divorciado</b>		
	<b>Otros</b>		

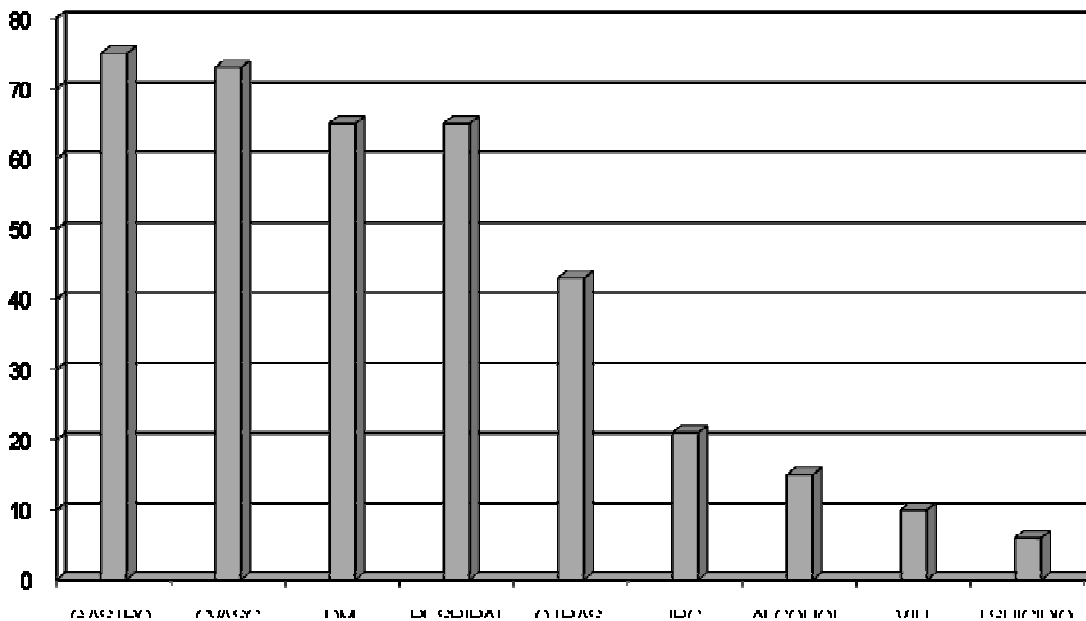
Se puede observar que a población hospitalizada y atendida por el servicio de psicología estuvo compuesta por sujetos con escolaridad promedio de primaria (6.7 años de estudio) concluida; permanecieron alrededor de una semana hospitalizados, se encuentran en la etapa de desarrollo de la adultez media y en su mayoría resultaron ser mujeres.

Los diagnósticos más comunes en ésta población se describen en la figura 17 en donde se muestran las frecuencias de casos de padecimientos reportados en ésta muestra de la población total.

Se puede observar que en la población atendida los padecimientos más comunes son gastrointestinales en donde se encuentran las enfermedades hepáticas y los sangrados en el tubo digestivo así como las infecciones de dicho sistema. Le siguen los padecimientos cardiovasculares en donde se encuentra la hipertensión arterial, los infartos, las insuficiencias cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. Le siguen la Diabetes Mellitus y las enfermedades respiratorias en donde se pueden ubicar la tuberculosis pulmonar, la neumonía, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas. De igual forma se observa un número considerable de pacientes con insuficiencia renal crónica y de pacientes

con trastornos a causa de la ingesta crónica de alcohol en donde se ubican la supresión ética y la intoxicación por alcohol. Finalmente se observa un pequeño grupo de personas que se hospitalizaron a causa del virus de la inmunodeficiencia humana y a causa de intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa en su mayoría.

**Figura 17. Frecuencias de los diagnósticos presentados por la población hospitalizada atendida por el servicio de psicología (N=374).**



**GASTRO:** Padecimientos gastrointestinales

**CVASC:** Padecimientos cardiovasculares

**DM:** Diabetes Mellitus (tipo 1 y 2)

**RESPIRAT:** Padecimientos de las vías respiratorias

**OTRAS:** Padecimientos hematológicos, cáncer, enfermedades autoinmunes, traumatismos, crisis convulsivas, enfermedades reumáticas.

**IRC:** Insuficiencia renal crónica

**ALCOHOL:** Alcoholismo y sus consecuencias

**VIH:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**I.SUICIDIO:** intentos de suicidio

En el período de marzo de 2005 a febrero de 2006 se atendieron un total de 87 pacientes en consulta externa. En la tabla 6. Se pueden observar sus características sociodemográficas.

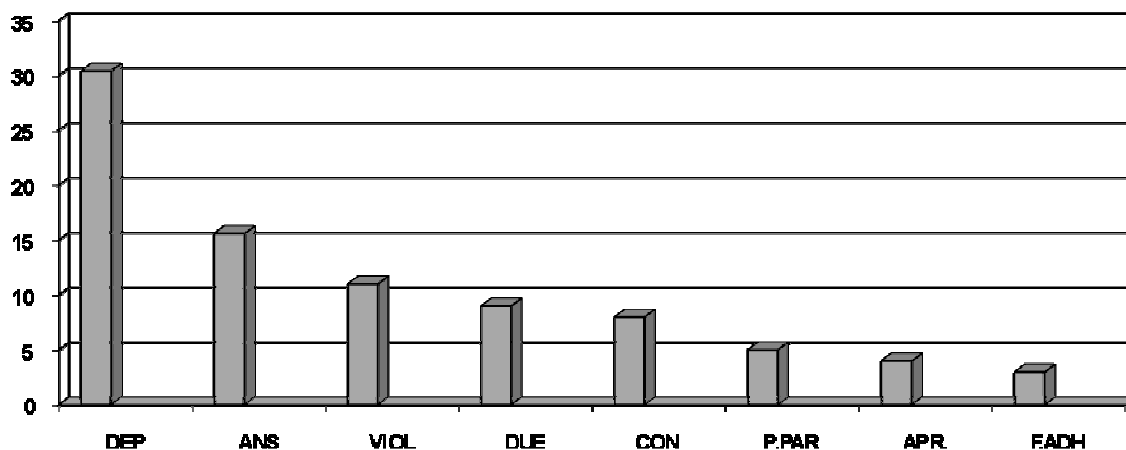
**Tabla 6. Características sociodemográficas de los pacientes de la consulta externa (N=87)**

	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>	<b>38.9</b>	<b>26.9</b>	
<b>ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)</b>	<b>5.9</b>	<b>6.6</b>	
<b>SEXO</b>	<b>Masculino</b>		<b>30.7</b>
	<b>Femenino</b>		<b>69.3</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Casado</b>		<b>55</b>
	<b>Soltero</b>		<b>35</b>
	<b>Divorciado</b>		<b>8</b>
	<b>Otros</b>		<b>2</b>
<b>REFERIDO</b>	<b>Especialista</b>		<b>45.1</b>
	<b>Centro Salud</b>		<b>22.5</b>
	<b>Voluntario</b>		<b>32.4</b>

La población atendida en la consulta externa del hospital tiene una media de edad inferior a la población hospitalizada. Esto se debe a que en la consulta externa se atienden niños, adolescentes y adultos. El valor mínimo de edad fue de 7 años y el valor máximo de 65. Es por ello que la dispersión de los datos es grande. La escolaridad promedio de la población es de primaria (6 años de estudio). La mayoría de las pacientes fueron mujeres. También se observa que la mayoría de éstos pacientes están casados o bien solteros. En general se puede observar que cerca de la mitad de la población es parte de los pacientes del hospital que son referidos a psicología por parte de los médicos especialistas del hospital. Un 22.5% de los pacientes son externos y llegan referidos por centros de salud aledaños al hospital y cerca de un 33% de la población solicita voluntariamente la consulta psicológica.

Los principales motivos de consulta referidos por el paciente durante la primera sesión de entrevista se pueden observar en la figura 18, en donde se presentan por medio de una gráfica de frecuencias. Se pueden observar 8 motivos principales de consulta entre los cuales se observan como principal motivo de consulta los síntomas de depresión y ansiedad. En tercer lugar se encuentra la referencia de violencia física, psicológica y sexual en mujeres y niños principalmente. Le siguen los problemas de resolución del duelo, los problemas de conducta en niños (edad media: 8.3 años; D.E.= 3.4), le siguen los problemas conyugales o de pareja, problemas de aprendizaje presentados por niños en edad escolar ( primaria principalmente). Cabe mencionar que los casos de problemas de aprendizaje se canalizaron hacia los profesionales especializados para tratar dicha problemática y finalmente se trataron algunos casos de falta de adherencia terapéutica que fueron referidos por los médicos especialistas del hospital.

Figura 18. Frecuencia de los motivos de consulta en pacientes de consulta externa en el periodo de marzo de 2005 a febrero de 2006. (N=87)



**DEP:** Síntomas de depresión

**ANS:** Síntomas de ansiedad

**VIOL:** violencia física, psicológica y sexual

**DUE:** problemas de resolución del duelo

**CON:** problemas de conducta en niños media de edad: 8.3 años D.E.= 3.4

**P.PAR:** problemas conyugales o de pareja

**APR:** problemas de aprendizaje en niños de edad escolar (primaria)

**F.ADH:** problemas con el apego al tratamiento terapéutico de enfermedades crónico-degenerativas.

## **COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS**

### **Conocimiento Factual:**

- Comprensión de terminología médica en el área de medicina interna
- Comprensión de abreviaturas en el expediente clínico
- Comprensión de terminología clínica en psicología con orientación cognitivo-conductual
- Identificación de instrumentos médicos y normas de seguridad dentro del hospital
- Identificación del sistema jerárquico dentro del servicio de medicina interna
- Identificación y comprensión de las necesidades de horario, rutina y vestido dentro del hospital

### **Conocimiento Conceptual:**

- Comprensión de las principales ramas que trata la medicina interna, sus principales padecimientos blanco y principales estrategias de tratamiento
- Comprender la relación entre la enfermedad y la aparición de síntomas psicológicos (medicina biopsicosocial)
- Comprensión de la eficacia del modelo cognitivo-conductual aplicado a los trastornos de salud
- Comprensión del modelo de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario
- Comprensión del origen, utilidad y aplicabilidad de las técnicas y herramientas psicológicas para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas
- Comprensión de los principales problemas psicológicos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas
- Comprensión de modelos de investigación clínica
- Comprensión y análisis de las principales líneas de investigación en Medicina Conductual

### **Conocimiento procedimental**

- Diseño, desarrollo, modificación y adaptación de programas de intervención para la atención de la salud, bajo el modelo cognitivo-conductual.
- Integración al trabajo multidisciplinario con un equipo de salud
- Evaluación cognitivo-conductual, detección de necesidades y el diagnóstico de problemas psicológicos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.
- Elección y aplicación de técnicas de intervención para la solución de problemas psicológicos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y sus familias.

- Desarrollo de proyectos de investigación originales y aplicables en el campo hospitalario.
- Manejo adecuado y ético del expediente clínico.
- Realizar procedimientos para interconsultas en diversos servicios
- Entrevista clínica, intervención en crisis y estructuración de sesiones de psicoterapia con enfoque breve.
- Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida.
- Diseño, desarrollo y adaptación de programas de educación para la salud y prevención de riesgos en salud.
- Aplicación de los códigos de ética profesional de las instituciones de salud.
- Búsqueda, comprensión y actualización de información referente a Insuficiencia Renal Crónica, diálisis peritoneal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, procedimientos médicos de emergencia, intento de suicidio y manejo dentro de la unidad de cuidados intensivos.

## **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

La rotación en el Hospital General de Atizapán “Salvador González Herrejón” brindó un escenario invaluable para el desarrollo de las habilidades propuestas para el residente de la maestría en psicología clínica. Las habilidades para el desarrollo de un trabajo multidisciplinario eficaz pueden ser adquiridas de forma adecuada debido a que en el hospital se le da la importancia adecuada al trabajo del psicólogo y se le permite el desarrollo profesional de forma respetuosa y con apoyo completo como un miembro más del equipo de salud.

La apertura y apoyo de la jefa de servicio facilitó la labor y el aprendizaje de las residentes así como la cooperación de los médicos residentes de medicina interna y la aplicación de los programas propuestos por el área de psicología. Se reconocieron los resultados y fueron utilizados a favor de los pacientes.

La población del hospital es grande sin embargo en el año de residencia existía el número de psicólogas adecuado para cubrir las necesidades de los pacientes sin que resultaran profesionistas sobrecargados y brindando la calidad en el servicio adecuada

La supervisión *in situ* fue de gran apoyo para la resolución de casos complejos y la toma de decisiones de importancia grande así como la propuesta de modelos de trabajo y de nuevos proyectos de investigación. De igual forma la supervisión académica favoreció la correcta implementación de técnicas e intervenciones adecuadas para cada tipo de paciente, son dos de los elementos que el hospital tiene como principales ventajas para la rotación ya que de los mismos se obtiene, desde mi punto de vista, el mayor aprendizaje y la mejor experiencia.

Una de las principales sugerencias a realizar es la de poder tener acceso a clases, cursos o información sobre los padecimientos que se tratan en el servicio de medicina interna así como sobre los aspectos psicológicos de cada uno de los padecimientos. De igual forma sería importante



aumentar el número de psicólogas rotantes para atender los servicios de urgencias, cuidados intensivos y cirugía.

Sería de gran valor el poder dar continuidad a los proyectos iniciados por residentes anteriores y tener un archivo en donde se encuentren tanto los proyectos como la literatura que los respalda e ir estructurando una serie de intervenciones semejantes al programa de diálisis peritoneal intermitente. De igual forma ir dejando antecedentes de las necesidades detectadas en los servicios para favorecer la creación de proyectos que las cubran de forma adecuada sin invertir tiempo en la detección de las mismas.

Se sugiere que sean dos residentes las que se hagan cargo del programa de DPI del hospital así como realizar mejoras tanto en el material disponible como en las sesiones de psicoeducación ya que tienden a ser largas. De igual forma sería de ayuda el poder medir la ansiedad, la depresión y el estrés en los familiares de dichos pacientes e implementar intervenciones dirigidas hacia ellos.

Como última sugerencia se plantea la posibilidad de crear grupos de apoyo tanto para familiares como para pacientes en donde se trabajen diversos aspectos como herramientas de enfrentamiento, psicoeducación y soporte emocional.

EL Hospital General de Atizapán ofrece el apoyo de supervisores in situ así como de supervisores académicos que potencian la asimilación de conocimientos y la adquisición de habilidades clínicas, crea un ambiente de respeto y valor hacia el trabajo del psicólogo y brinda una excelente oportunidad de crecimiento profesional y personal con una amplia gama de necesidades para satisfacer y desarrollar programas. Es una sede con muchas ventajas para lograr las competencias propuestas por la residencia.

## **CAPITULO 3**

### **SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

#### **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN” (INCMNSZ)**

La rotación del segundo año en el INCMNSZ, instituto de tercer nivel, se realizó de febrero de 2006 a febrero de 2007 en el servicio de Medicina del dolor y paliativa

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE**

El Hospital es un instituto nacional de salud que pertenece a la Secretaría de Salud. Su fundador fue el Dr. Salvador Zubirán Anchondo quien lo dirigió hasta 1980. El hospital se inauguró el 12 de octubre de 1946. En el año 2000 fue cuando obtuvo su nombre actual. El actual director del hospital es el Dr. Fernando Gabilondo Navarro

El INCMNSZ se encuentra ubicado en la calle Vasco de Quiroga no. 15 en la Delegación Tlalpan en el Distrito Federal.

Es un hospital de tercer nivel de atención, cuenta con una consulta de más de 40 departamentos y clínicas que abarcan la mayoría de las especialidades y subespecialidades médicas. Cuenta con 167 camas en hospitalización y un departamento de consulta externa que atiende a 135000 pacientes al año. El equipo de diagnóstico se compone de laboratorio y gabinete de la más alta tecnología en el país y que da servicio a la mayoría de las especialidades médicas.

En el instituto hay una torre de hospitalización con 4 niveles, hay una unidad de urgencia, una de terapia intensiva, un edificio de consulta externa con más de 50 consultorios, 7 quirófanos, 5 edificios de sub-especialidades médicas, un área de psicología y tanatología, laboratorios de análisis clínicos, auditorio, biblioteca, departamento de computación, edificio de enseñanza con 7 aulas, un departamento de enseñanza en enfermería con 7 aulas, cocina y comedor.

El instituto se distingue por su nivel académico y de investigación. Recientemente fue acreedor a un premio de investigación a nivel internacional (ONU) en el departamento de infectología. Cuenta con una revista de investigación propia (Revista de Investigación Clínica-RIC). La RIC es una revista de investigación médica con estándares científicos elevados, es una de las dos revistas a nivel nacional que se encuentran indexadas. Todas las actividades de investigación están coordinadas por la Dirección de Investigación.

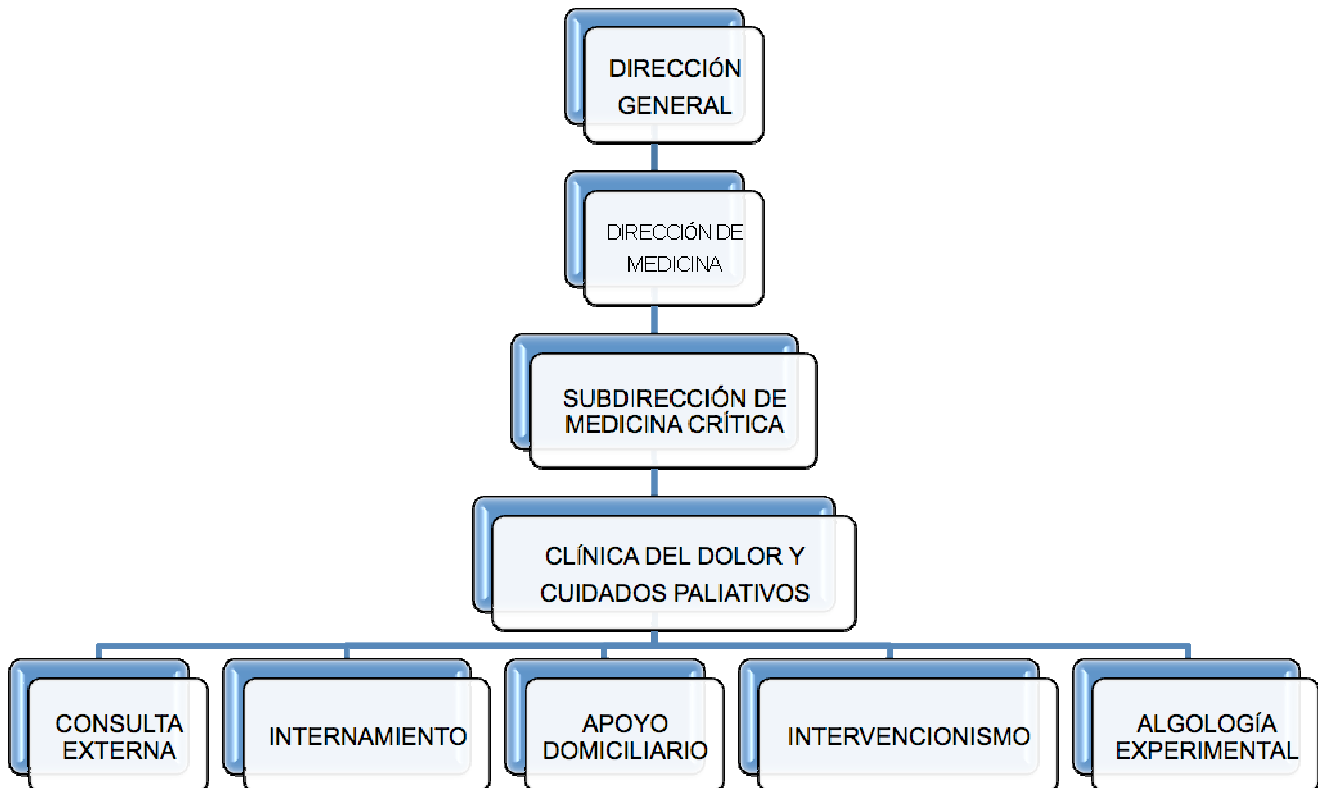
Actualmente, el instituto ofrece 20 cursos de posgrado avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México en el que se forman especialistas médicos.

### SERVICIO DE MEDICINA DEL DOLOR Y PALIATIVA

El servicio forma parte del grupo de subespecialidades médicas que ofrece el Instituto. El área de medicina del dolor y paliativa ofrece a los pacientes del instituto los servicios de: consulta externa, hospitalización, apoyo domiciliario e intervencionismo. De igual forma, el servicio cuenta con un área de algología experimental en donde se lleva a cabo investigación con animales al respecto del alivio del dolor.

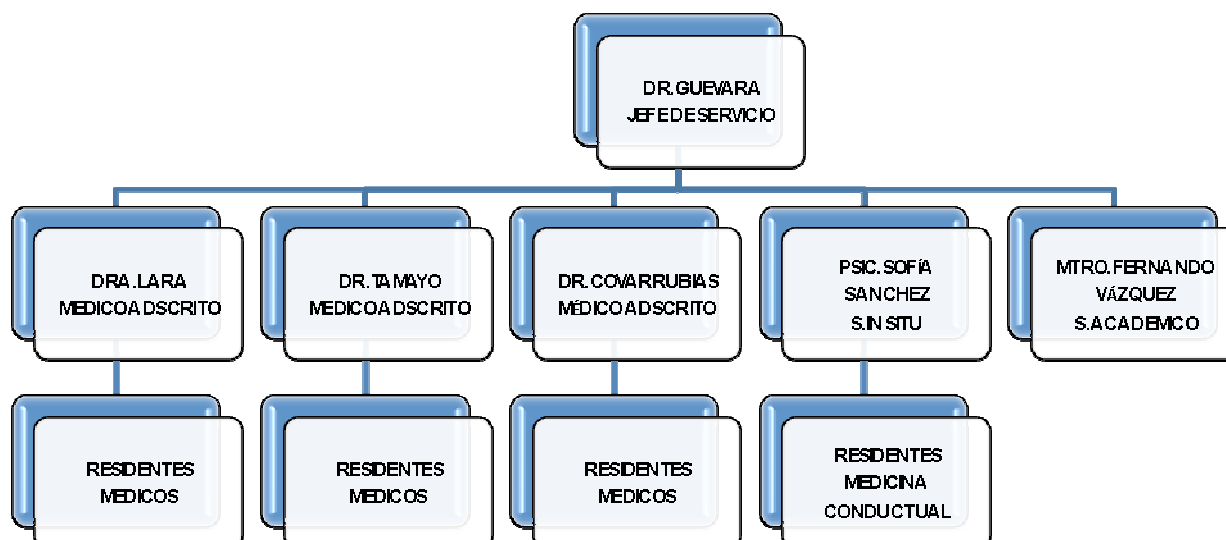
El servicio se encuentra ubicado físicamente en el primer piso de la torre de hospitalización, dentro de la subdirección de medicina crítica, de igual forma cuenta con tres cubículos para dar atención a pacientes en cuidados paliativos que se encuentran en la planta baja del edificio de consulta externa. En la figura 19 se muestra el organigrama del servicio.

Figura19. Organigrama de la ubicación del servicio de Medicina de dolor y paliativa



El servicio se conforma por un jefe de servicio, tres médicos algólogos adscritos, un médico psiquiatra especialista en dolor, siete médicos anestesiólogos residentes del curso de subespecialidad en algología por un año, un jefe de enfermería, un pasante de enfermería con rotación de seis meses, dos psicólogas residentes de Medicina Conductual, una trabajadora social y una secretaria (figura 20).

**Figura 20. Organigrama del Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos**



### **Más un enfermero en Jefe (Lic. Jorge Salinas)**

**Psiquiatra especialista en dolor: Dra. Edurne Austrich**

### **Líneas de autoridad:**

El jefe de servicio, y los supervisores académicos e in situ son las principales autoridades del servicio

**Supervisión in situ:** Estuvo a cargo de la Psic. Sofía Sánchez Román. Los días lunes de cada semana de 10:00 a 11:00 a.m. Durante la supervisión se revisó literatura con respecto a trastornos psiquiátricos en el paciente con dolor, manejo del duelo, psicología del paciente con dolor, evaluación de los pacientes con dolor y supervisión de casos clínicos en hospitalización y en consulta externa.

**Supervisión académica:** a cargo del Mtro. Fernando Vázquez Pineda. Se revisó bibliografía con respecto al manejo cognitivo-conductual del paciente con dolor y del paciente terminal. Se elaboraron y supervisaron los protocolos de investigación. Se supervisaron las clases impartidas en el servicio así como las ponencias presentadas en los congresos.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR**

El dolor crónico se considera como un problema prioritario de salud pública en el mundo debido a su prevalencia y al impacto que presenta en la funcionalidad del individuo y sobretodo en los costos de los sistemas de salud. Un problema fundamental en el estudio del impacto del dolor es que las cifras reportadas en cuanto a su prevalencia e incidencia son extremadamente variables. De acuerdo a Covarrubias y Guevara (2006) la prevalencia internacional del dolor crónico no oncológico se ha estimado en un rango que va del 8 al 80% de la población mundial .

Se ha estimado que el dolor de espalda baja (lumbalgia) afecta al 70% de la población adulta en los países desarrollados, con una incidencia anual del 45%. De igual forma, esta entidad afecta predominantemente a personas entre los 35 y 55 años de edad; así mismo, el 90% de los episodios de dolor de espalda baja desaparecen en 6 semanas y sólo 7% desarrolla dolor lumbar crónico (Covarrubias y Guevara, 2006).

En cuanto a la osteoartritis (enfermedad articular degenerativa), se ha encontrado una prevalencia del 13% en personas mayores de 55 años en la Unión Americana y en Inglaterra, cerca de 3 millones de personas presentan sintomatología dolorosa. (Covarrubias y Guevara, 2006).

La mayoría de los pacientes que asisten a la clínica del dolor y cuidados paliativos padecen cáncer, el cual, es considerado un problema mundial de salud pública. El dolor en el paciente oncológico, se presenta del 80% al 90% de los casos. (Covarrubias y Guevara, 2006).

El tratamiento del dolor en nuestro país fue iniciado por el Dr. Vicente García Olivera en 1953. Fue el pionero en el campo del dolor e instruyó a un grupo de médicos interesados en esta área. Posterior a éste acontecimiento, el Dr. Ramón De Lille Fuentes fundó la primera clínica del dolor en nuestro país en 1972. La clínica se instituyó en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

De acuerdo a los reportes de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1995)<sup>i</sup> se sabe que entre 30 y 40 millones de personas padecen dolor crónico, sin embargo, en nuestro país no existe ningún estudio sobre prevalencia e incidencia de dolor crónico.

Un fenómeno que se ha observado en los años en los que se ha estudiado el dolor crónico es que existe una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos. Esta comorbilidad ya ha sido documentada ampliamente. De acuerdo a Fishbain (1999) , la prevalencia de depresión mayor es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente, entre 40% y 100% de los pacientes que asisten a una clínica de dolor la padecen.

Se ha observado que un segundo lugar en cuanto a comorbilidad de trastornos mentales y dolor crónico podemos encontrar el abuso de sustancias con una dependencia a los fármacos de 3.2 a 37% y abuso de sustancias ilícitas llega a ser de 12.5% (Fishbain, 1999 y Turk, 1987).

De igual forma se ha encontrado en la literatura una alta prevalencia de comorbilidad con trastornos somatomorfos, entre los más frecuentes están el trastorno conversivo (2 a 37%) (Fishbain, 1999).

Así mismo se ha documentado una prevalencia que oscila entre el 10 y el 62% de ansiedad en pacientes con dolor crónico, y en cuanto a los pacientes diagnosticados con trastorno de pánico se ha encontrado la presencia de dolor crónico hasta en un 81% (Katon, 1984).

El único estudio que documenta prevalencia de dolor en población mexicana es el de Graff-Guerrero (2001). Este estudio se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente (INPRF). Se encontró que la prevalencia de dolor en pacientes que acuden por primera vez a consulta externa es de 77%. Además, el 53% de los pacientes tiene ya más de 6 meses de evolución y 18% de ellos padecen dolor continuo. El principal trastorno relacionado con el dolor en el INPRF es el trastorno depresivo mayor, que se ha manifestado hasta en 83% de los pacientes.

#### **ASPECTOS MÉDICOS DEL DOLOR:**

El dolor es un fenómeno que ha sido atendido por el hombre desde la historia antigua. Se tiene nota de que Aristóteles, ya hace más de dos mil años sugirió que el dolor era causado por “pasiones negativas” (Loeser, 1990). A lo largo de la historia se han observado diversos estudiosos que han puesto atención al fenómeno del dolor. En su momento el francés Descartes, postuló que el cerebro era el centro de las sensaciones y que el dolor se transmitía por medio de unos diminutos hilos que se encontraban en la piel y se desplazaban hasta lugares especiales en el cerebro en donde se sentía dicha molestia (Loeser, 1990; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Es así que a lo largo de la historia, el ser humano ha intentado explicarse el fenómeno de la sensación dolorosa. Incluso ha habido grupos religiosos que han sugerido que la sensación de dolor es una especie de castigo enviado por Dios para la redención de los pecados. Incluso observaremos que el dolor se deriva de la palabra *poena* (del latín castigo) para observar el gran impacto que han tenido las explicaciones religiosas al fenómeno del dolor.

El dolor es una vivencia resultado de un malestar físico que además se asocia a un estado emocional. Es una vivencia subjetiva que además se influencia por el aprendizaje y por lo tanto por el contexto sociocultural. En la sensación dolorosa están involucrados tanto las experiencias previas de un sujeto como sus patrones socio-culturales, sus estados afectivos y también sus patrones de respuestas provocados en las neuronas sensoriales por los estímulos físicos así como la interpretación que el sujeto hace de dichos estímulos. Es por ello que su tratamiento resulta complejo y es necesario abordarlo multidisciplinariamente (Loeser, 1990; Plata, Castillo y Guevara, 2004).

### **Definición del dolor:**

El dolor ha sido difícil de definir de forma que los estudiosos queden satisfechos debido a la multiplicidad de formas en las que se puede comprender. Actualmente, la definición de dolor más aceptada y validada es la de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) que la define como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a daño tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño y cuya presencia es señalada por alguna forma de conducta observable, visible o audible” (IASP, 1994)

La definición de la IASP conceptualiza al dolor como una entidad “subjetiva”, además invalida el concepto de una entidad meramente sensorial y le da la cualidad de una unidad “compleja”, es decir compuesta de múltiples entidades, no únicamente sensoriales. Le da relevancia también a la comunicación verbal del sujeto, es decir al reporte verbal de la persona que lo siente. Considera a la experiencia dolorosa como una asociación entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo y finalmente considera como parte intrínseca de esta experiencia a la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.

### **Clasificación del dolor:**

Se han establecido múltiples criterios de clasificación para la experiencia dolorosa, de acuerdo al tiempo de duración, o a su localización o bien a su etiología. De igual forma se han instituido diversos sistemas de taxonomía, entre los más conocidos están los de Melzack y Wall (1965), el de Kelroy y Jensen (1987) y el de la misma IASP (1994).

Entre los criterios que se utilizan con mayor frecuencia en el servicio de Medicina del dolor y Paliativa del INCMNSZ son por temporalidad, por localización y por etiología. A continuación se presentan las clasificaciones dependiendo de sus criterios:

### **Por Temporalidad:**

De acuerdo al tiempo de permanencia de la sensación dolorosa, el dolor se clasifica en **Agudo y Crónico**.

El dolor agudo se produce posterior a un daño o lesión bien definido, es un síntoma de dicho daño, aparece rápidamente y su duración debe ser menor a seis meses. Por lo general tiende a desaparecer junto con el daño. Se le asocia a un estado ansiógeno cuando llega a ser muy intenso.

El dolor crónico se inicia de igual forma con una herida o lesión sin embargo persiste a pesar de la desaparición de la lesión, no responde a los tratamientos convencionales y llega un punto en el que deja de ser un síntoma secundario de una lesión y se convierte en un síntoma primario. La duración es prolongada (más de 6 meses). Al inicio se le asocia a un elevado grado de ansiedad y posteriormente a un cuadro de depresión. Este tipo de dolor es el que se aborda multidisciplinariamente con mayor frecuencia.

### **Por su Localización:**

Debido al lugar del cuerpo en donde aparece se clasifica al dolor en **dolor cutáneo** (es de localización externa y generalmente está delimitado y bien localizado); **dolor somático** (se localiza en músculos y estructuras osteoarticulares) y el **dolor visceral** (se localiza y se irradia en zonas distintas de donde aparece una lesión, es característico de las vísceras).

### **Por su etiología:**

La IASP clasifica el dolor de acuerdo a su etiología en: **nociceptivo, neuropático y psicógeno**.

El dolor nociceptivo se provoca por el incremento en la intensidad de la estimulación nociceptiva (p.ej. procesos inflamatorios).

El dolor neuropático es secundario a una lesión de las fibras sensitivas de un nervio periférico o bien de estructuras del sistema nervioso central.

El dolor psicógeno es aquel cuyo origen es meramente psicológico y en el cual por tanto no existe una causa orgánica que lo justifique. La IASP acepta y mantiene su origen psíquico y lo relaciona con múltiples diagnósticos psiquiátricos.



## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR:**

### **Base psicofisiológica del dolor:**

Como se ha descrito anteriormente en los conceptos que la IASP propone para el área de estudio del dolor, es una sensación que tiene componentes cognitivos y afectivos, motivo por el cual se considera dentro del campo de estudio de la psicología.

Desde tiempos históricos se ha intentado encontrar una explicación y una teoría que describa la experiencia dolorosa. A lo largo del tiempo se han aceptado tres teorías como las más cercanas a explicar de manera más completa el mecanismo del dolor. Estas tres teorías son la teoría sensorial, la teoría de la sumación y la teoría de la compuerta. Esta última es aquella que sienta las bases para los aspectos psicológicos de la experiencia dolorosa.

La teoría de la compuerta fue descrita por Melzack y Wall en 1965, la teoría de la compuerta establece que los fenómenos dolorosos se determinan por las interacciones de tres sistemas que se encuentran funcionando en la médula espinal; dichos sistemas se componen de las fibras nerviosas de la columna dorsal que llegan hasta el encéfalo, las células de la sustancia gelatinosa del asta dorsal y las principales células de transmisión central del asta dorsal.

La teoría propone que la actividad nerviosa de las células aferentes (nociceptores periféricos) se modula en el asta dorsal de la médula espinal que funge como una especie de puerta o compuerta que permite o bien impide el paso de los impulsos nerviosos que transmiten la información de la experiencia sensorial dolorosa (Melzack y Wall 1965; Penzo, 2000).

De igual forma, la teoría sustenta que la compuerta permite o impide el paso de dichos impulsos en función de la actividad eléctrica de fibras sensoriales aferentes y de actividad descendente que proviene de las áreas centrales de la corteza que tienen que ver con procesos de atención y concentración (Amigo, Fernández y Pérez 1998; Melzack y Wall, 1965, Loeser, 1990).

En resumen, la teoría de la compuerta supone que la percepción del dolor no está influida únicamente por las percepciones que llegan a través de las vías sensoriales que ascienden hasta la médula, sino que la respuesta dolorosa está influenciada e incluso modulada por mensajes que provienen de la corteza cerebral (de procesos atencionales y de concentración así como de evaluación cognitiva) que descienden y que pueden aumentar o bien disminuir e incluso bloquear las señales ascendentes de las vías sensoriales.

Es así que ésta teoría presenta al dolor como una experiencia tridimensional en la que están en constante interacción factores fisiológicos y psicológicos en tres distintas dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva, cognitivo-evaluativa (Melzack y Wall, 1965).

La dimensión sensorial-discriminativa se especializa en transmitir los estímulos nocivos de cualquier índole (temperatura, movimiento o química) y en permitir describir intensidad y localización. Es una dimensión periférica de percepción.

La dimensión motivacional-afectiva se refiere a los aspectos emocionales de la experiencia, describiéndola como desagradable o agradable. Dicha valoración podría elicitar conductas ansiógenas, depresivas o bien conductas de evitación,. Esta dimensión estaría mediada por estructuras como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.

Finalmente la dimensión cognitiva-evaluativa se refiere a variables de atención, creencias, sugestión, valores culturales, etc. Hacia la sensación dolorosa. Esta función se realizaría exclusivamente a nivel cortical.

Sin embargo es importante destacar como señala Loeser (1990) que “cada persona ensambla de una manera única su percepción de dolor a partir de un conjunto complejo y caótico de estímulos sensoriales, activación emocional, percepción consciente de la situación presente, memoria, antecedentes de aprendizaje, objetivos inmediatos y relaciones sociales; el encéfalo construye activamente la experiencia de dolor. La psicología del dolor es en parte el modo en que ocurre dicho proceso de construcción”

Como se establece en la teoría de la compuerta, los aspectos psicológicos del dolor se refieren a los niveles superiores del procesamiento del sistema nervioso central que originan la percepción del dolor, incluidas las emociones, los aspectos cognitivos y conductuales. Para trabajar con la realidad “subjetiva” de las emociones y las cogniciones es necesario recurrir a los paradigmas de la psicología, específicamente de la psicología cognitivo-conductual.

Algunos de los procesos cognitivos que se han identificado que participan en la experiencia de dolor son: la atención, la imaginación, las expectativas, los esquemas, los significados de los esquemas, la motivación y la memoria (Loeser, 1990).

Aún cuando en la mayoría de los casos la etiología del dolor es física, los factores psicológicos se han relacionado con el mantenimiento de elevados niveles de percepción de dolor y es por ello que se estudia a profundidad la psicología del dolor.

Los procesos cognitivos y psicológicos que intervienen en la percepción del dolor le dan el carácter de subjetivo. Dichos procesos como se ha mencionado con anterioridad son la atención, la motivación, la depresión y la angustia. Además intervienen variables como los reforzadores previos a los estímulos dolorosos, castigos interpretados a través de las sensaciones dolorosas y las contingencias que han operado a lo largo de la historia del paciente.

El efecto del dolor, sobretodo si es crónico, se manifiesta en las personas por una cascada de problemas psíquicos. Impide el sueño reparador, causa fatiga, disminuye la atención y la concentración en hechos y exigencias de la vida diaria, además, favorece la inactividad. A su vez, el insomnio contribuye a que surjan dolores de cabeza y malestar generalizado, preocupaciones de índole somático y estado de ánimo negativo.

La mayoría de las personas que sienten dolor durante un tiempo considerable comienzan a tener dificultades para cumplir con las demandas tanto físicas como emocionales y cognitivas de la vida diaria. Muchas de ellas al final quedan incapacitadas parcial o completamente. Durante meses o años de dolor se van imponiendo patrones de hábitos y ajustes en el estilo de vida y en la imagen corporal que obligan a la persona a redefinirse y a redefinir sus antiguos patrones.

Los problemas mencionados anteriormente pueden incluso persistir como un ciclo de perpetuación de sufrimiento y discapacidad mucho tiempo después de que la lesión original haya desaparecido o reaccionado fisiológicamente al tratamiento. Por ello, un gran problema en el tratamiento del dolor no es únicamente aliviar el dolor, sino rehabilitar al paciente para lo cual es necesario un enfoque multidisciplinario y bien integrado.

Algunos pacientes terminan presentando un cuadro psiquiátrico que desorienta la evaluación y frustra los intentos de rehabilitación. Los cuadros psiquiátricos contribuyen a una conducta anormal de dolor y al consumo excesivo de servicios médicos.

Cabe resaltar que los sujetos con enfermedades médicas presentan trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia que los que no tienen tales problemas. Los trastornos psiquiátricos más relacionados con el dolor crónico son: la depresión, la ansiedad, la farmacodependencia, los trastornos somatomorfos y el dolor psicógeno.

Según Sternbach (1978), desde el punto de vista de la psicología, el dolor crónico sustituye un cuadro complejo que se puede definir por la presencia de un conjunto de problemas específicos:

- percepción del fracaso de los recursos terapéuticos, tanto profesionales como los controlados por el paciente

- Falta de confianza en encontrar un remedio eficaz
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico (la información que el paciente proporciona es confusa y ambigua)
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física
- Abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo
- Alteraciones del humor y del estado de ánimo
- Reducción del nivel de actividad funcional
- Deterioro de las habilidades de comunicación, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor
- Reducción en el acceso a las consecuencias positivas naturales de las actividades normales
- Restricción de las fuentes de estimulación o distractores
- Modificación del ambiente familiar

La influencia de los factores psicológicos en la percepción del dolor ha sido reconocida por muchos autores ( Melzack, 1965; Buéla-Casal y Caballo, 1991; Fordyce, 1978; Loeser, 1990,). Las primeras formas de estudio de dichas influencias se experimentaron comparando dos tipos de población en un mismo procedimiento quirúrgico (soldados y civiles) concluyendo que es el significado que se le da a la herida lo que influye en la experiencia dolorosa y Fordyce, en 1978 que acuñó el término de “conducta de dolor” en su modelo descriptivo definiéndola como “un comportamiento compuesto tanto por conductas respondientes ante una estimulación patógena como de conductas operantes mantenidas por las consecuencias ambientales contingentes”.

La consideración del dolor como una experiencia multideterminada ha hecho más necesaria la implantación de unidades de dolor en el ámbito hospitalario.

Algunas de las investigaciones en dolor crónico y psicología han relacionado la incapacidad física y psicosocial con las creencias al respecto del dolor, la tendencia a catastrofizar y el estilo de enfrentamiento que utilizan. Al evaluar a 169 pacientes con dolor crónico, Turner, Jensen y Romano en 2000 encontraron que las creencias de los pacientes predecían de manera significativa la incapacidad física así como la depresión. De igual forma se encontró que los estilos de enfrentamiento no se relacionaron con la depresión. Asimismo, los pensamientos catastróficos predijeron la depresión pero no la incapacidad.

Varios estudios en la literatura han documentado la asociación existente entre la psicopatología y el dolor crónico, en especial se resalta la alta comorbilidad con depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos, abuso de sustancias y trastornos de personalidad (Dersh, Polatin y Gatche, 2002).

En el estudio de Plata, Castillo y Guevara, 2004 se estudió una población de 70 pacientes con dolor crónico que evaluó las variables de: intensidad del dolor, estilos de enfrentamiento, incapacidad física, depresión y ansiedad. Los resultados arrojaron una correlación positiva entre la ansiedad y la incapacidad funcional en el trabajo, la vida social y la vida familiar. De la misma forma encontró una correlación positiva entre la depresión y la incapacidad funcional en el trabajo, la vida social y la vida familiar. Así mismo se encontró que la intensidad del dolor resulta directamente proporcional a los síntomas de depresión. En dicho estudio se documentó que las estrategias de enfrentamiento de “desviar la atención del dolor, orar y tener esperanza” se relacionaron de manera positiva con la sensación de tener control sobre el dolor. De igual manera la catastrofización se correlacionó de manera significativa con ansiedad y depresión. El estudio concluye que los procesos de atención, las creencias y la sensación de control tienen gran relevancia con respecto al bienestar de los pacientes con dolor crónico.

### **Intervención psicológica en una unidad de dolor**

Uno de los principales problemas en el tratamiento del dolor es la dificultad para medirlo. A la fecha no hay procedimientos objetivos que sirvan para medir el dolor. Generalmente el dolor se describe por medio del lenguaje, mismo que implica diferencias entre cada paciente y por tanto tiene la medición del dolor un carácter subjetivo y se mide únicamente de manera indirecta.

Algunas de las formas para medir el dolor que se ha utilizado son: por medio de la observación de conductas del dolor, por medio de registros psicofisiológicos como la electromiografía, medidas cardiovasculares, conductancia de la piel y el electroencefalograma. De igual forma se pueden utilizar cuestionarios o escalas subjetivas.

El primer instrumento para evaluar el dolor fue creado por Melzack y Torgerson (1971) el *McGill Pain Questionnaire*. Este cuestionario se basa en una serie de palabras que caracterizan el dolor y que fueron obtenidas de la literatura clínica. Las palabras se agrupan en 4 categorías:

1. Características sensoriales – se refieren a términos temporales, espaciales, de presión o temperatura.
2. Características afectivas- se refieren a términos de tensión, miedo y propiedades autonómicas

3. Evaluación subjetiva- se refieren a la experiencia completa del dolor
4. Misceláneos- se refieren a los cuadros de dolor dental

La persona debe elegir aquellos términos que describan mejor su situación de dolor actual. El cuestionario de McGill (1971) cuenta con una versión abreviada de 15 términos seleccionados con base en su frecuencia dentro de dolor agudo, intermitente y crónico.

Hasta el día de hoy, una de las escalas más utilizadas para evaluar el dolor es la *Escala Visual Análoga* o EVA. Consta de una regleta de 10 centímetros en donde el sujeto debe evaluar la intensidad de su dolor ubicando el cero como “sin dolor” y el 10 como “el dolor más intenso que ha experimentado”. La EVA implica la realización de ciertos procesamientos de información que podrían dificultar su objetividad.

Para el psicólogo la medición del dolor se utiliza para dirigir la intervención y para establecer las metas de tratamiento cuyo objetivo general estará dirigido a disminuir la intensidad del dolor.

Múltiples estudios y autores han reportado la eficacia del uso de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento psicológico de los pacientes con dolor. De las técnicas que han reportado los mejores resultados se encuentran (Buela-Casal y Caballo, 1991; Loeser, 1990; Bazako, 2003; Turk, 1976):

- Relajación
- Biofeedback
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Solución de problemas
- Entrenamiento en autocontrol
- Control de contingencias
- Entrenamiento en autoinstrucciones
- Reestructuración cognitiva
- Manejo conductual de la actividad física
- Focalización de la atención
- Reducción de pensamientos catastróficos

El tratamiento cognitivo-conductual comprende las fases de evaluación, formulación e intervención de síntomas. En esta forma de intervención se plantea trabajar de la manera más completa y concreta posible los síntomas objetivos.

Cabe recalcar que el tratamiento cognitivo-conductual no tiene la finalidad de eliminar el dolor sino el de enseñar a los pacientes a ser más activos, a disminuir el consumo de medicamentos, a recuperar funcionalidad y a disminuir la catastrofización.

## **LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

En 1967, Cecily Saunders, sentó las bases de lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos o bien Medicina Paliativa. El principal propósito de los cuidados paliativos es dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad para que puedan vivirlas confortablemente.

Los Cuidados Paliativos son una filosofía que adopta entre otros, el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerar pero tampoco alargar el proceso de morir.

Cuando las terapias curativas ya no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debidos al tratamiento, superan los propios beneficios, nos encontramos ante una de las etapas más difíciles en el tratamiento y es el momento en el cual se pueden adoptar los tratamientos paliativos. Los cuidados paliativos están enfocados hacia el paciente con enfermedad terminal.

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) los elementos fundamentales que definen la enfermedad terminal son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que van aumentando a medida que progresa la enfermedad
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte de los profesionales.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo la atención integral del enfermo, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia en los cuidados. Estos cuidados deben ser llevados a cabo por equipos multidisciplinares, integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales y voluntarios.

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que se aplica gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.

En el momento de agotamiento de tratamiento curativo específico, se deben dirigir los objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y su familia.

De acuerdo a lo que estipula la SECPAL, las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

1. Atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa
5. Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

Las medidas y herramientas con las que se trabaja en cuidados paliativos, de acuerdo a lo estipulado por la SECPAL son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes.
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.



4. Equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE TERMINAL**

De acuerdo a Twycross (1997). Los principales síntomas psicológicos del paciente terminal son:

- Preocupación
- Depresión y ansiedad
- Sentimientos de tristeza
- Dificultad para dormir
- Irritabilidad
- Dificultad para concentrarse
- Enojo
- Culpa
- Pérdida de esperanza
- Ataques de pánico
- Negación
- Duelo patológico

Se ha identificado que uno de los principales problemas es que el equipo médico tiende a concentrarse en la sintomatología física y tiende a ignorar los síntomas psicológicos. De acuerdo a Twycross (1997), el 10% de los pacientes con enfermedad terminal presentan trastornos psiquiátricos. Algunos de los problemas psicológicos podrían prevenirse con una adecuada comunicación y relación equipo – paciente – familia y con el hecho de permitir al paciente cierto control sobre el manejo de su enfermedad.

Muchos de los problemas psicológicos que se han observado en pacientes con cáncer terminal se relacionan con el duelo anticipado. Las variaciones en el estado de ánimo son comunes y se consideran “normales” en este tipo de pacientes. Los tres momentos en donde se ha identificado mayor variabilidad en el estado de ánimo son: al momento del diagnóstico, cuando ocurre la primera recaída, cuando se acerca la muerte.

## **ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO**

### **ACTIVIDADES ACADÉMICAS:**

**CURSO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.** Las clases se llevaron a cabo en el aula 4 del edificio de enseñanza del INCMNSZ. Se impartían de lunes a jueves en un horario de 7 a 8 de la mañana. Se revisaron aspectos sobre fisiología, etiología y tratamiento del dolor crónico; padecimientos con mayor comorbilidad para el dolor crónico así como el tratamiento para pacientes en cuidados paliativos.

Las residentes de medicina conductual tenían a su cargo la impartición de dos temas por mes, sobre el manejo psicológico del dolor y del paciente terminal. Algunas de las temáticas presentadas fueron: Ansiedad, Depresión, sexualidad, personalidad tipo A y técnicas cognitivo-conductuales en relación al dolor crónico. Dichos temas se impartieron dentro del horario de clases anteriormente mencionado.

**SESIÓN CLÍNICA.** Se realizó la revisión de un caso clínico una vez por semana. Los miércoles de 11:00 am a 14:00 hrs. La revisión de casos se realizó en conjunto con la clínica del dolor del Instituto Nacional de Cancerología. Se presenta el caso de un paciente de la clínica y se realiza su revisión desde el punto de vista médico y se agrega una valoración psicológica del paciente así como las propuestas de manejo llevadas a cabo. El caso clínico se entregaba con una semana de anticipación, lo que permitía realizar una revisión exhaustiva del mismo y realizar sesiones de discusión que enriquecieran la información y propuestas de manejo.

De forma paralela se revisaron durante las sesiones clínicas artículos con temas médicos y psicológicos al respecto del manejo del dolor.

**SUPERVISIÓN IN SITU.** Estuvo a cargo de la Lic. Sofía Sánchez Román. Se llevó a cabo los Martes a las 12:00 am. Se presentaban casos de pacientes de consulta externa y hospitalización que presentaban un elevado grado de complejidad debido a múltiples factores tanto físicos como sociales y psicológicos. En las sesiones de supervisión se trabajó con herramientas clínicas y con bibliografía que apoyara la resolución de los problemas presentados.

**CLASES TEÓRICAS.** Se revisaron temas como trastornos de personalidad, intervención psicológica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas e intervención psicológica en una unidad de dolor. Los temas fueron impartidos por la Lic. Sofía Sánchez Román, los días Martes a las 12:00. De igual forma se prepararon las clases que se presentaron en el curso de algología por las mañanas.

**SUPERVISIÓN ACADÉMICA.** Fue impartida por el Mtro. Fernando Vázquez Pineda los días jueves a las 12:00. Se trabajó con la revisión de los protocolos de investigación que se elaboraron durante el año de rotación. Se revisó literatura novedosa sobre dolor crónico y cuidados paliativos, se asesoraron las clases presentadas en el curso de algología y se recibió asesoría sobre procedimientos administrativos. De igual forma se recibió apoyo para negociaciones y trato con médicos adscritos y con el jefe de servicio.

## **ACTIVIDADES CLÍNICAS**

**PASE DE VISITA:** Se realizaba un pase de visita a los pacientes en hospitalización interconsultados para la clínica del dolor y cuidados paliativos, de lunes a domingo a partir de las 8:00 de la mañana. EN el pase de visita se ausculta al paciente y se realiza una revisión y seguimiento de la evolución tanto algológica como psicológica. Se realiza la detección de factores psicológicos que pudieran entorpecer o potenciar el tratamiento algológico tanto en el paciente como en sus cuidadores primarios. La visita se realizaba en los 4 pisos de hospitalización y el equipo multidisciplinario se integraba por un médico adscrito, 2 residentes de algología, un rotante de anestesia, un enfermero , una psicóloga y una trabajadora social.

**REVISIÓN.** La revisión se llevaba a cabo de lunes a viernes a partir de las 9 de la mañana. La revisión consistía en una sesión en donde estaba reunido todo el equipo del servicio (médicos, psicólogos, trabajadora social y enfermeros) con la finalidad de presentar a cada paciente atendido por el servicio en conjunto con sus características principales, su seguimiento y su evolución.

**ATENCIÓN A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN.** Los pacientes en hospitalización que son interconsultados para la clínica del dolor son valorados tanto médica como psicológicamente desde un inicio. Posterior a la valoración se establece un plan de visitas que varían en la frecuencia y temporalidad dependiendo del caso y las necesidades del paciente. En hospitalización se abordan problemáticas tanto cognitivas como afectivas y conductuales en relación al tratamiento del dolor. La atención a pacientes hospitalizados se distribuye en un horario de 9:30 am hasta las 5:00pm. Las intervenciones utilizadas con mayor frecuencia fueron la relajación, la contención, la psicoeducación, la distracción, la asertividad y el entrenamiento en solución de problemas.

**CONSULTA EXTERNA.** La Consulta externa se atiende de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs. Los miércoles a causa de la sesión clínica se suspende a las 11:00 y se retoma a las 15:00 hrs. EN consulta externa se atienden pacientes con dolor crónico de primera vez – en cuyo caso se realiza una evaluación cognitivo-conductual y una entrevista inicial- y pacientes en seguimiento – cuyos casos se evalúan por el médico residente y al considerarlo pertinente es canalizado al servicio de psicología. EN ambos casos los seguimientos y las citas a psicología son valoradas de acuerdo a

las necesidades del paciente. Los pacientes, de igual forma cuentan con el apoyo de una psiquiatra, la canalización al servicio de psiquiatría es valorada por el médico y por el psicólogo y de ser pertinente se programan citas para dar atención y seguimiento a las comorbilidades afectivas del paciente.

Los martes, jueves y viernes en el horario de consulta externa también se da atención a pacientes en cuidados paliativos. La atención del paciente en cuidados paliativos es multidisciplinaria y simultánea. La mayoría de las consultas en cuidados paliativos se realizan en conjunto con el área médica y el área de psicología. En cada paciente ingresado a cuidados paliativos se realiza una valoración inicial; dicha valoración también se extiende a la familia. Se detectan factores de riesgo para la presencia de trastornos afectivos o de ansiedad, o bien factores que pudieran entorpecer el proceso de tratamiento médico. Se establece un plan de intervención tanto para el paciente como para la familia. Se trabaja principalmente el duelo tanto del paciente como de la familia y estrategias cognitivas de enfrentamiento y resolución de problemas. Los seguimientos de los pacientes en cuidados paliativos se realizan cada sesión de consulta, se realizan en conjunto con los médicos y es necesario elaborar una bitácora de seguimiento del caso en el caso de psicología.

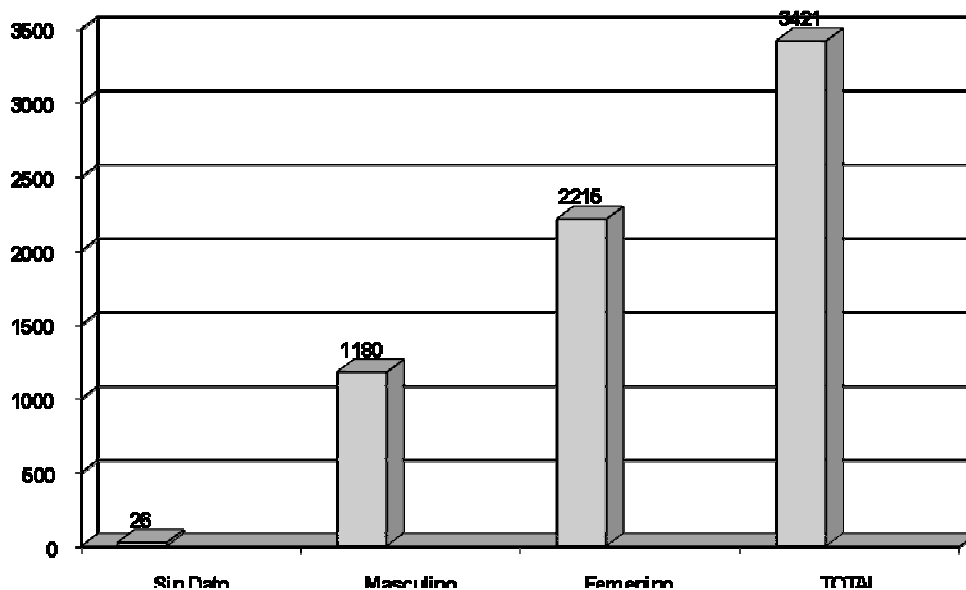
**VISITAS DOMICILIARIAS.** En caso de que un paciente en cuidados paliativos no esté habilitado para trasladarse a su consulta en el hospital, la clínica del dolor programa una visita que está compuesta por el equipo multidisciplinario de trabajo. Se acude al domicilio del paciente y se realiza la consulta tanto médica como psicológica y de trabajo social. Se realizan las intervenciones pertinentes y se establece un plan de trabajo tanto con el paciente como con el familiar.

**URGENCIAS.** En el servicio de urgencias se atienden interconsultas para el servicio de clínica del dolor. Las urgencias deben ser atendidas por un residente de algología y un residente de medicina conductual para realizar una intervención multidisciplinaria. En el servicio de urgencias se encuentran pacientes con dolor descontrolado o con urgencias paliativas. Se trabaja de manera prioritaria con intervención en crisis, distracción, contención y relajación.

#### **POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN:**

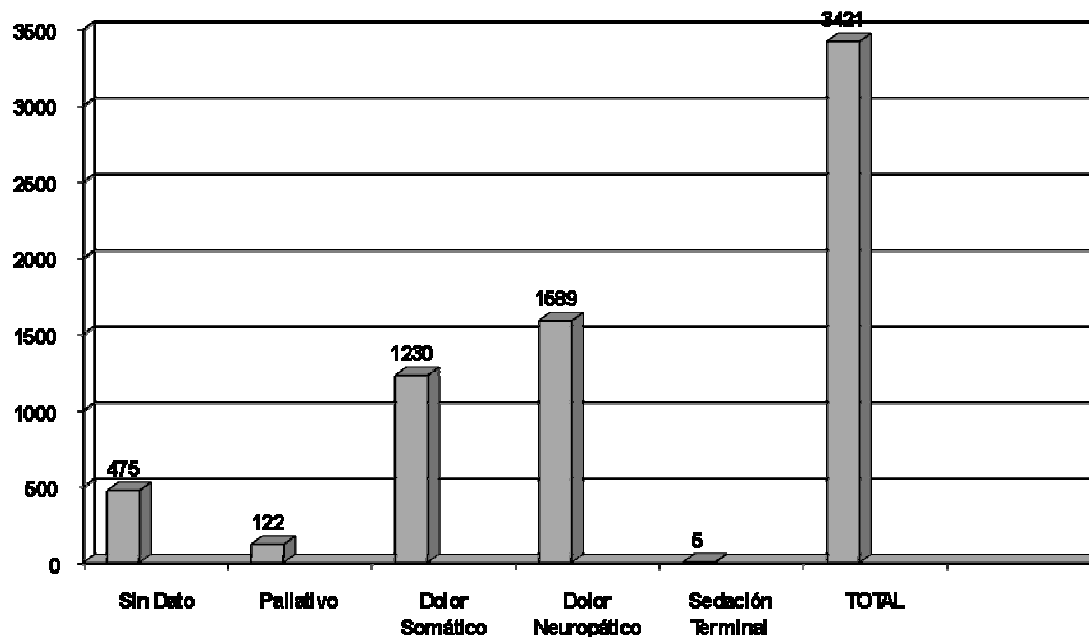
En el periodo de marzo de 2006 a febrero de 2007 en el servicio de medicina del dolor y paliativa se atendieron un total de 3421 pacientes. La media de edad fue de 57.25 con una desviación estándar de 17.1. Se presenta en la figura 21 la gráfica de los pacientes en donde se documentan mujeres y hombres atendidos.

Figura 21. Consultas totales en el servicio de medicina del dolor y paliativa distribuidas por sexo.



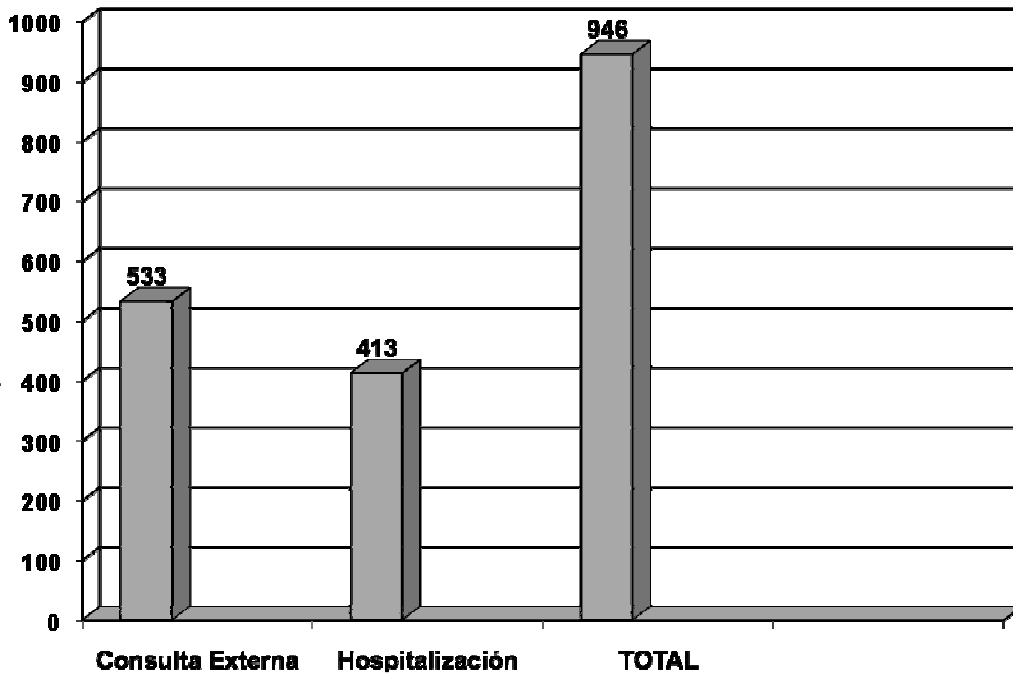
De igual forma se presenta en la figura 22 la gráfica de los pacientes atendidos de acuerdo al motivo de consulta: por cuidados paliativos, por sedación terminal, por dolor somático, por dolor neuropático o por dolor mixto. Se observa que el mayor número de pacientes atendidos corresponden a la especialidad de algología.

Figura 22. Consultas totales del servicio de medicina del dolor y paliativa de acuerdo al motivo de consulta



Finalmente se presenta la gráfica de la población total atendida por el servicio de psicología dentro del servicio de dolor y medicina paliativa (Figura 23). La gráfica se divide en pacientes hospitalizados y pacientes en consulta externa. Ambas categorías integran pacientes de dolor crónico y pacientes paliativos. Los pacientes cabe acotar, corresponden a la población atendida por las dos residentes a cargo del servicio. La mayoría de los pacientes se atendió en la modalidad de consulta externa aunque en hospitalización la demanda de pacientes no fue mucho menor a la de la consulta externa.

**Figura 23. Población total atendida por el servicio de psicología durante el año comprendido entre febrero 2006 y febrero 2007.**



## **COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS**

### **Conocimiento Factual**

- Comprensión de terminología médica sobre dolor y cuidados paliativos
- Comprensión de entidades psicológicas asociadas al dolor crónico
- Comprensión del organigrama de la clínica del dolor y cuidados paliativos
- Comprensión del programa de actividades de la residencia en un instituto de tercer nivel
- Conocimiento de instrumentos médicos utilizados en procedimientos médico-invasivos

### **Conocimiento Conceptual**

- Comprensión y análisis de las principales teorías sobre el dolor
- Comprensión del manejo de la escalera analgésica de la OMS y de la Escala Visual Análoga
- Comprensión y análisis de los orígenes y aplicabilidad de técnicas psicológicas para el manejo del dolor y del paciente terminal
- Comprensión y análisis sobre los orígenes, creación e implementación de una unidad de cuidados paliativos
- Comprensión del modelo de atención en cuidados paliativos
- Comprensión y análisis del modelo de visita domiciliaria en cuidados paliativos
- Comprensión y análisis de la relación entre investigación clínica y procedimientos de intervención eficaces
- Comprensión y análisis del modelo de trabajo multidisciplinario
- Comprensión y análisis de la importancia de la evaluación psicológica en el paciente con dolor y en fase terminal

### **Conocimiento Procedimental**

- Elaboración de expedientes psicológicos y notas clínica
- Desarrollo de sesiones de intervención psicológica con base en la terapia cognitivo-conductual
- Diseño e implementación de programas de intervención para cuidadores primarios
- Diseño e implementación de programas de intervención para procedimientos médico-invasivos
- Trabajo multidisciplinario con médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales
- Desarrollo de habilidades clínicas

- Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales de forma eficaz
- Estructura y presentación de clases
- Estructura, diseño y realización de un protocolo de investigación apegado a lineamientos bioéticos y cubriendo los requisitos para ser aprobada por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos
- Participación en congresos nacionales e internacionales
- Detección de trastornos afectivos y de ansiedad
- Elaboración de entrevistas semiestructuradas para detección de factores cognitivo-conductuales
- Manejo de escalas de evaluación para trastornos afectivos y de ansiedad
- Manejo de instrumentos, escalas y métodos para la evaluación del dolor
- Presentación de casos clínicos
- Solución de dilemas bioéticos a través del modelo de los tres principios en bioética
- Detección de necesidades en un área de trabajo

## **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

El año de rotación en el servicio de medicina del dolor y paliativa del INCMNSZ es una oportunidad que potencia el desarrollo y la consolidación de múltiples habilidades y conocimientos dentro de la formación en la maestría.

En el servicio se le da gran importancia al trabajo de psicología y se intensifica la estrechez de la relación con el equipo médico, situación que fomenta el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo. Se aprende un modelo integral de trabajo que beneficia tanto al equipo médico como a los pacientes. Sobre todo en el área de cuidados paliativos se fomenta la interacción de varios profesionales del equipo (enfermería, médico, psicólogo y trabajador social) a la vez durante una consulta.

Los médicos adscritos fomentan en los médicos especialistas la importancia de seguir y apoyar las indicaciones de psicología, situación que favorece el trabajo pero incrementa la responsabilidad adquirida. Los médicos especialistas durante la rotación modificaron considerablemente y de forma positiva su actitud y conocimiento hacia el trabajo del psicólogo.

Se tiene acceso al curso de dolor y medicina paliativa que toman los médicos, situación que facilita la comprensión de los procedimientos y padecimientos así como su intervención. De igual forma el instituto cuenta con una biblioteca en donde el residente de psicología se puede documentar de forma sencilla y completa.



La supervisora in situ ofreció un apoyo invaluable para el desarrollo de habilidades de intervención clínica así como respaldo en la elaboración de proyectos y propuestas. Tiene conocimientos profundos sobre la clínica y tiene mucha apertura hacia las nuevas propuestas, su presencia desarrolla en gran medida confianza y habilidades en los residentes de psicología.

La supervisión académica por su parte da el apoyo necesario para obtener todo el material bibliográfico necesario para fortalecer los conocimientos e intervenciones en el área de psicología específicamente.

Se trabaja en un medio ambiente de respeto y con una supervisión adecuada, se tiene estrecho contacto con psiquiatras, trabajadores sociales y médicos del instituto que enriquecen la labor del área de medicina paliativa.

Una sugerencia primordial es la de ampliar el trabajo sobretodo en el área de paliativos en donde la labor del psicólogo es invaluable sin embargo el flujo de pacientes es menor. Sería de gran interés poder crear un equipo de visita domiciliaria con objetivos y un programa concreto de acción en donde el psicólogo pueda desarrollar nuevas capacidades y competencias. De igual forma es de vital importancia contar con apoyos teóricos y académicos en torno al manejo de pérdidas, duelo y enfrentamiento ante el proceso de morir tanto de un familiar como del propio paciente.

Es de gran importancia ir documentando tanto las necesidades detectadas como los resultados obtenidos en los proyectos de cada uno de los residentes para favorecer la creación de intervenciones constantes y permanentes en el servicio. Es de vital importancia generar instrumentos de medición adecuados para la población con color crónico y en cuidados paliativos eliminando variables físicas que interfieran con las evaluaciones.

La elaboración de un curso de inducción para nuevos residentes es esencial para permitir la continuidad entre una generación y otra.

El Instituto fomenta de forma ejemplar la investigación clínica, situación que ayuda al desarrollo de habilidades de investigación, sería de gran importancia dar continuidad a los proyectos del área para ir conformando estudios longitudinales que den validez a las intervenciones y demuestren su eficacia.

La población de cuidadores primarios no ha sido estudiada ni atendida de forma adecuada por lo que se sugiere poner mayor énfasis en la misma.

El INCMNSZ es una sede muy completa en donde hay oportunidad de desarrollar habilidades personales, académicas y clínicas. ES una sede ideal para desarrollarse integralmente como profesional, brinda múltiples oportunidades de desarrollo, con gran estructura y respeto por el trabajo del psicólogo, con exigencia de máxima calidad que fomenta responsabilidad en el trabajo y crea disciplina en los residentes. Cuenta con la infraestructura y los programas adecuados para cubrir con los objetivos del programa de residencia y para el desarrollo de las competencias propuestas.

## REFERENCIAS

- Adame, J.L. y Verdejo, P. (2001). Definición, causas, clasificación, epidemiología y prevención primaria. *Revista Mexicana de Cardiología*, 12: 10-18
- Aguilar-Salinas, C.A., Rojas, R., Gomez-Perez, F.J., García Valles, V., Ríos-Torres, J.M., Franco, A., Olaiz, G., Sepúlveda, J. y Rull-Rodrigo, J.A. (2002). Early onset type 2 diabetes in a Mexican population-based nation Wide survey. *American Journal of Medicine*. 113: 569-74
- Alpizar-Salazar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno
- Amigo, V., Fernández, R y Pérez, A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arbeláez, M., Arango, J.L., Mejía, G., Arroyave, I.H., Villegas, I., Henao, J.E. y García, A. (2005). *Insuficiencia Renal Crónica: guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Colombia: Universidad de Antioquia-Asociación Colombiana de facultades de medicina.
- Aznar, T.C., Aznr, M.L.A., Bes, C.G., Alcalá, N.T. y Andrés, E.E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Revista Española de Salud Pública*. 76, 215-226.
- Bazako, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Bean, W. B. (1982). Origin of the term «Internal Medicine». *New England Journal of Medicine*, 306: 182-3.
- Beck, A. y Steer, R. (2002). *BDI-II. Inventario de depresión de Beck*. España: Paidós.
- Beeson, P.B. (1986). One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. *Annals of Internal Medicine*, 105: 436-44.
- Buela –Casal, G. y Caballo, V. (1991). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos vol 2. Trastornos de personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. España: Siglo XXI.
- Campean-González, J.M., Silerio-Vázquez, J., Castillo-Díaz, R. y Parra-Domínguez, M. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista de la CONAMED*, 13: 17-21.
- Castiglioni, A. (1990). *Historia de la Medicina*. Barcelona : Salvat Editores S.A. : 857.
- Castro, C.M., King, A., Housemann, R. y Bacak, S.J. (2007). Rural Family Caregivers and Health Behaviors: Results from an epidemiologic survey. *Journal of Aging and Health*. 19,1: 87-105
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer’s disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23, 9: 929.
- Covarrubias, A. y Guevara, U. (2006). “¿Qué son las clínicas del dolor?”. *Revista Digital Universitaria*. 7, 4.
- Cuijpers, P y Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*; 51: 375-79.

- Del Pino-Pérez, A. (1995). *El patrón de conducta tipo A*. En Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos vol 2. Trastornos de personalidad, medicina conductual y problemas de relación. Caballo, V. E., Buela – Casal, G. y Carrobbles, J.A. Madrid: Siglo XXI de España, Editores
- Dersh, J., Polatin, P.B. y Gathe, R.J. (2002). Chronic Pain and Psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64:773-786.
- Deví, J., y Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del e demencia. *Revista de Gerontología* 12 (1): 31-37.
- Dew, M.A., Myaskovsky, L., Dimartini, A.F., Switzer, G., Schulberg, H.C y Kormos, F.L. (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine*. 34: 1065-1082.
- Dyck, D.G., Short, R. y Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of Burden and Infectious Illness in Schizophrenia Caregivers. *Psychosomatic Medicine*; 61(4): 411 - 419.
- Diwan, S., Hougham, G.W. y Sachs, G.A. (2004). Strain experienced by caregivers of dementia patients palliative care: findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program. *Journal of Palliative Medicine*; 7: 797-807.
- Dumont, S., Fillion, L., Gagnon, P. Bernier, N. (2008). A new tool to assess family caregivers' burden during end of life care. *Journal of Palliative Care*. 24, 3: 151.
- Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, t., De Vito, E., Di Cioccio, L y Bauco, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*. 6: 93.
- Fishbain, D. (1999). Approaches to treatment decision for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Medical Clinics of North America*. 83:737-760.
- Flórez, L.J.A., Adeva, C.J., García, M.C. y Gómez, M.M.P. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano EMC*. 3, 261-272.
- Fordyce, W.E. (1978). *Behavioral methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis: Mosby,
- Frances, R., Palarea, D., Ojeda, B., Ramal, J y Aleman, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 7: 203-213
- Friedman, R., Schwartz, P., Shnall, P., Lansbergis, C., Pieper, C., Gerin, W., y Pickering, T. (2001). Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63: 19-31.
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H.L., Dupart, T., Jimenez, D., Thoompson, L.W. (2008). Effectiveness of cognitive – behavioural small group intervention for reduction of depression and stress in non-hispanic white and Hispanic-latino women dementia family caregivers: outcomes and mediators of change. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 26, 4: 286-303.
- García, D. (2000). *Hipertensión Arterial*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García-Mirafuentes, N. (2006). *Aspectos cognitivo-conductuales de la Hipertensión Arterial: el manejo del paciente hipertenso*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gaugler, J.E., Anderson, K.A., Leach, C.D., Smith, F.A. y Mendiondo, M. (2004). The emotional ramifications of unmet need in dementia caregiving. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*; 19:369-380

- Gómez-Pérez, F.C., Aguilar-Salinas, C., y Rull-Rodrigo, J.A. (2005.). Clasificación diagnóstica de la diabetes. En *Diabetes, Actualidades Terapéuticas*. Gómez-Pérez, J. y Aguilar-Salinas, C. (2005). Tomo I. México: Medicina.
- González-Tablas, M.M., Díez, M.A., López, C. y Cerrón, A. (2005). Afrontamiento y expectativas de control en pacientes con dolor de espalda baja. *Ansiedad y estrés*, 7(1): 1-14.
- Graff-Guerrero, A., López-Avila, A., Pellicer, F., García-Marín, J. y Heinze, G. (2001). En: *The Pain in Psychiatric Patients: Cause or effect? American Psychiatric Association, Annual Meeting*, Nueva Orleans.
- Grov, E.K., D Fossá, S., Sorebo, O., Dahi, A.A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. *Social Science and Medicine*. 63 9: 2429.
- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*; 170(12):1795-1801.
- Harrison, T.R. (Ed). (2006). *Harrison's Platinum Edition*. Nueva York: Mcgraw-Hill.
- Hatch, J.P., Klatt, K.D., Supik, J., Rios, N., Fisher, J., Bauer, R. y Shimotsu, G. (1985). Combined behavioral and pharmacological treatment of essential hypertension. *Applied Psychophysiology and hypertension*. 10,2 : 341-349
- Hyunsook, Y. (2003). Factors associated with family caregiver's burden and depression in Korea. *International Journal of Aging and Human Development* 57(4): 291-311.
- Hudson, J.I, Arnold, L.M., Keck, P.E., Auchenbach, M.B. y Pope, H.G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11): 884-91.
- Hudson, P.L., Aranda, S. y Kristjanson, L.J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*; 7: 19-24.
- INEGI, SSA/DGEI (2004). *Estadísticas vitales, principales causas de mortalidad general, Estados Unidos Mexicanos, 2004*. en <http://www.ssa.gob.mx/>
- International Association for the Study of Pain (IASP). *Pain*. 1995, 63:277-278
- Islas, S.N.L., Ramos, R.B., Aguilar, E.M.G. y García, G.M.L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19, 4: 266-271.
- Jerrom, B., Main, I. y Rukanyake, N.G. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown of community care. *Internal Journal Geriatric Psychiatry* ; 8: 331-337
- JNC (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services en: [www.JNC.org](http://www.JNC.org)
- Jonas, B., Lando, J. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62:188-196.
- Juárez, G. y Ferrell, B.R. (1996). Family and caregiver involvement in pain management. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12: 531-47.

- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *American Journal of Medicine*. 77:101-106.
- Kaplan, N.M. (2002). *Kaplan's Clinical Hipertensión* (8ª ed) Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins
- Kausar, R. y Powell, G. (1999). Coping and psychological distress in carers of patients with neurological disorders. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*; 10: 2 – 9
- Kelroy, D. y Jensen M. (1987). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain* 2002;95:133-142.
- Kertesz, R. (2005). El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. *Revista IIPSI*. 8,2: 113-127.
- Knussen, C., Tolson, D., Swan, I., Brogan, C. y Stott, D. (2005). Stress proliferation in caregivers: The relationships between caregiving stressors and deterioration in family relationships. *Psychology and Health*. 20(2): 207-215.
- Lara-Palomino, G., González-Pedraza, A. y Blanco-Loyola, A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas ISSSTE*. 13, 4: 159-166.
- Lazarus, A. (1976). *Terapia Multimodal*. Nueva York, Estados Unidos: Ippem.
- Little, B.E., Hayworth, J., Benson, P., Hall, F., Beard, R.W., Dewhurst, J. y Priest, R.G. (1984). Treatment of hypertension in pregnancy by relaxation and biofeedback. *Lancet*, 1: 865-867.
- Loeser J. B. (2002). *Terapéutica del Dolor*. México: Mc-Graw Hill.
- Lopes-Monteiro da Cruz, D.A., De Mattos-Pimenta, C.A., Kurita, G.P. y De Oliveira, A.C. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications*; 15(1): 5-13
- Mahoney, R., Hons, V., Regan, C., Katona, C. y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 13, 9: 795.
- Martínez, L.D., Robles, M.T., Ramos, R.B., Santiesteban, F., García, M.E., Morales, G. y García, L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. (2008.). *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20,1: 23-29.
- Melzack, R., Y Wall, F.D. (1965). *The Challenge of Pain*. N. York, Babio Booko.
- Melzack, R. y Torgelson, S. (1971). The McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 30:191–197
- McClendon, M.J., Smyth, K.A. y Neundorfer, M.M. (2004). Survival of persons with Alzheimer's disease: caregiver coping matters. *Gerontologist*; 44: 508-19.
- Millar, S., Leinbach, A. y Brody, D. (1989). Doping style in hypertensive patients, nature and consequences. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57: 333-337
- Moragrega-Adame, J.L. y Verdejo, P. (2001). Definición, causas, clasificación, epidemiología y prevención primaria. *Revista Mexicana de Cardiología*, 12: 10-18
- Muñoz-Cobos, F., Espinosa-Almendro, J.M., Portillo-Stempel, J. y Rodríguez-Gonzalez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal. *Medicina Familiar*; 3(3): 190-199

- National Kidney Foundation. (2004). "The facts about chronic kidney disease".En: <http://www.kidney.org/kidneyDisease/>
- Nowack, K. (2005). *Perfil de estrés*. México: Manual Moderno.
- Núcleo de Acopio y Análisis de la Información en Salud (NAAIS). (2002). Instituto Nacional de Salud Pública: Panorama epidemiológico 1998-2002 en <http://sigsalud.insp.mx/naais/panorama.asp>
- Organización Mundial de la Salud .(1999). *Why is hypertension management needed?* En WHO-ISH Hypertension practice guidelines for primary care physician. Ginebra.
- OMS.(1999). *WHO Fact Sheet "Caregiving*.En: en [www.who.org](http://www.who.org)
- Palacios-Espinosa, X. y Jiménez-Solanilla, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología latinoamericana*, 26,2.:195-201.
- Patel, C., Marmot, M.G., Terry, D.J., Carruthers, M., Hunt, B. y Patel, M.(1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: four years of follow up. *British Medical Journal*, 290:1103-1106.
- Palencia –Férez, G. (2001). *Perfil del impacto de la Insuficiencia Renal Crónica en la Calidad de Vida*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Paz-Rodríguez, F. (2005). *Características y necesidades del cuidador primario en enfermedades neurodegenerativas. Diseño y evaluación de un programa de intervención*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*.Barcelona: Martínez Roca
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Maciejewski, P.K., Sirey, J., Struening, E. (2004). Impact if family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder.*Psychiatric Services*; 55: 1029-35.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *Journals of Gerontology*; 61(1): 33-45
- Plata-Muñoz, M., Castillo-Olivares, M. y Guevara-López, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedade incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anetesiología*. 27(1):16-23.
- Rabinowitz, Y., Mausbach, B.T., Thopson, L.W., Gallagher-Thompson, D. (2007). The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behaviour paterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer´s dementia. *Journal of Aging and Health*. 19, 6: 94-116
- Ramos del Río, B. (2006). *Encuesta de Salud del Cuidador primario Informal*, peteneciente al proyecto PAPITT No. IN305406-2 de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2006). Inventario sobre sínotmas de estrés. En Reynoso-Erazo, L. Y Seligson, I. (2006). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mattioli, P. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of dmented patients: Results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20,2: 168-174.

- Ríos-Torres, J.M. (2005). Epidemiología de la diabetes en México. En *Diabetes, Actualidades Terapéuticas*. Gómez-Pérez, J. y Aguilar-Salinas, C. (2005). Tomo I. México: Medicina.
- Rodríguez-Ortega, G. y Rojas-Russell, M.E. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Miguel Angel Porrúa – Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, M.I., Millan, C.A., García, C.M.M., Gutiérrez, C.P., Gonzalo, J.E. y López, F.L.A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 26. 25-34.
- Ruiz-Sanchez, J.J e Imberón-González, J. (2003). Psicoterapia cognitiva de urgencia. *Revista Mexicana de Psicología Social*; 22, 3-7
- Sadhna, D., Gavin, W. y Grez, S. (2004). Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the palliative excellence in Alzheimer care efforts program. *Journal of palliative medicine*. 7,6: 797-806.
- Santillan-Torres, C. (2005). *Programa de entrenamiento en Autocontrol para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con diálisis peritoneal intermitente*. Tesis inédita de Maestría en Psicología. UNAM.
- Sepúlveda, J (Ed). (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*, tomo 2 . La salud de los adultos. México: Instituto Nacional de Salud Pública – Secretaría de Salud México.
- Sherwood, E., Gan, V., Jeffress, J. y Mullen-Gingrich, K. (2006). Psychiatric symptomatology and disorders in caregivers of children with asthma. *Pediatrics*. 118, 6: 1715.
- Singer, Y., Bachner, Y., Shvartzman, P. y Carmel, S. (2005). Home death-The caregiver's experience. *Journal of Pain and symptom management*. 30: 70-5.
- Sternbach, R. (1978). *The psychology of pain*. Raven Press
- Stone, R., Cafferate, G. y Sangi, J. (1987). Caregiver of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- Struening, E.L. (2004). Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue their families. *Psychiatric Services*, 52: 1633-1638.
- Tapia, C. y Labiano, M. (2004). Factores emocionales e hipertensión esencial. *Terapia Psicológica*, 22:103-109.
- Tennstedt, S. y McKinlay, J. (1998). Informal care for frail older personas. In M. Ory y K Bond (Eds), *Aging and health care*. Londres, Routledge: 145-166.
- Tugrul, M., Eren, I., Ozcankaya, R., Civi, I., Ertuk, J. y Ozturk, M. (2003). Psychological symptoms are greater in caregivers of patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis. *Hemodialysis International*. 7 (4): 332-337.
- Turner, J.A., Jensen, M.P. y Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?. *Pain*. 85:115-125.
- Turk, D.C. (1987). Pain and Depression. *Pain management*. 1:17-26.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Twycross, R. (1997). *Pain Symptom Management in cancer*. Londres: Oxford Press

- Waelde, L.C., Thompson, L. y Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6): 677-87
- Yee, L.J. y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40: 147-164.
- Zarit, M. y Zarit, T. (1982). *Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia*. Barcelona, España: Prous.



# ANEXO 1

**ENCUESTA DE SALUD DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL**

**FECHA:**

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR**

Nombre del cuidador:

Nombre Apellido paterno Apellido materno

1.- Edad: Anotar: \_\_\_\_\_

2: Sexo: 1. Masculino 2. Femenino  
Anotar: \_\_\_\_\_

3. Escolaridad: Señale el año escolar hasta el cual concluyó sus estudios.

1. No sabe leer ni escribir
2. No ha estudiado pero sabe leer y escribir
3. Primaria – 1er, 2º, 3er, 4º, 5º y 6º año
4. Secundaria- 1er, 2º y 3er año
5. Bachillerato – 1er, 2º y 3er año
6. Carrera técnica
7. Licenciatura
8. Posgrado
9. Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

Anotar: \_\_\_\_\_

4. Estado Civil:

1. Soltero/ a
2. Casado / a
3. Viudo / a
4. Divorciado / a
5. Unión libre

5.- ¿ Con quién ha vivido los últimos 12 meses?

1. Familia nuclear
2. Familia extensa
3. Amigos
4. Solo

Anotar: \_\_\_\_\_

6. En los últimos 12 meses ¿ a que se ha dedicado?

1. Estudiar
2. Trabajar
3. Hogar
4. Cuidar de mi familiar enfermo
5. Cuidar de otra persona enferma
6. Jubilado
7. Trabaja y cuida
8. Hogar y cuida
9. Jubilado y cuida
10. Otras. Especificar: \_\_\_\_\_

Anotar: \_\_\_\_\_

7.- Actualmente ¿se encuentra adscrito a alguna institución de salud pública o privada, en la cual pueda recibir atención médica si lo necesita?

1. Si.
2. No.

Anotar: \_\_\_\_\_

8.- Si es el caso, ¿de quién la recibe?

1. IMSS
2. ISSTE
3. DIF
4. Seguro popular de salud
5. Secretaría de salud y asistencia pública
6. Institución privada, especifique: \_\_\_\_\_

Anotar: \_\_\_\_\_

**II. CUIDADO DEL PACIENTE**

9.- Edad del paciente o familiar que recibe cuidado: Anotar: \_\_\_\_\_

10. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino  
Anotar: \_\_\_\_\_

11. ¿A qué institución de salud se encuentra afiliado el paciente o familiar que recibe sus cuidados?

1. IMSS, Centro Médico Siglo XXI
2. Unidad de Medicina Familiar. No. IMSS
3. Hospital: IMSS
4. Hospital: ISSTE
5. Clínica No. ISSTE
6. DIF

7. Hospital General  
8. Otra Especifique:

Anotar:

12. ¿Cuál es el diagnóstico médico o enfermedad del paciente o familiar que recibe sus cuidados?

13. ¿Cuánto tiempo lleva a su cuidado?

1. Desde su nacimiento  
2. De 6 a 12 meses  
3. De 1 a 3 años  
4. De 4 a 6 años  
5. de 7 a 10 años  
6. 11 años o más

Anotar:

14. ¿Recibe alguna remuneración económica por cuidar del paciente o familiar?

1. Si. Especifique ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
2. No

Anotar:

15. ¿Cuál es el parentesco que tiene con el paciente?

1. Pareja  
2. Padre / Madre  
3. Hijo / a  
4. Hermano / a  
5. Abuelo / a  
6. Tío / a  
7. Nuera / yerno  
8. Ninguno (Amigos, vecinos, etc.)

Anotar:

16. ¿Cuántas horas al día dedica a su paciente o familiar?  
¿Cuántos días a la semana?

1. 1 a 5 hrs  
2. 6 a 8 hrs  
3. 9 a 12 hrs  
4. 12 a 24 hrs

Anotar:

17. ¿Quién le ha ofrecido información sobre la enfermedad de su paciente o familiar?

1. Médico  
2. Trabajo social  
3. Enfermería  
4. Usted mismo ha buscado  
5. Nadie

Anotar:

18. ¿Qué tipo de información ha recibido? Puede marcar más de una opción?

1. Características, síntomas y consecuencias de la enfermedad  
2. Medicación del paciente  
3. Alimentación del paciente  
4. Rehabilitación física del paciente  
5. Curación del paciente  
6. Otra. Especifique: \_\_\_\_\_

Anotar:

19. ¿Ha recibido información sobre qué es un cuidador y lo que implica serlo?

1. Si  
2. No

Anotar:

20. ¿Ha recibido información sobre cómo un cuidador debe cuidar de su salud?

1. Si  
2. No

Anotar:

### III. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

21. ¿Qué tipo (s) de apoyo (s) recibe de otras personas para cuidar de su paciente o familiar? Puede contestar más de una.

1. Económico (pago por sus servicios, compra de medicamentos, alimentación, consultas, etc.)  
2. Emocional (alguien que le escucha, aconseja, comprende).  
3. Institucional (Recibe información y asesoría por parte del equipo de salud)  
4. Otro. Especifique:  
5. No recibe ningún apoyo

Anotar:

22. ¿Hay alguna persona que le apoye o ayude en el cuidado de su paciente?

1. Si, ¿quién? \_\_\_\_\_  
2. No

Anotar:

23. ¿Qué tipo de ayuda recibe? Puede marcar más de una opción:

1. Económica  
2. Instrumental  
3. Moral  
4. Otro. Especifique:

Anotar:

24. ¿Hay alguien que le apoye a tomar decisiones sobre su paciente o familiar?

1. Si, ¿quién? \_\_\_\_\_  
2. No

Anotar:

**IV. PRACTICAS PREVENTIVAS EN SALUD**

25. En los últimos 12 meses, su estado de salud ha sido:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala
6. Muy mala

Anotar:

26. Cuando usted se siente enfermo/a ¿acude habitualmente al médico o centro de salud?

1. Si. Inmediatamente
2. Si, aunque espero un poco para ver si mejoro
3. No.

Anotar:

27. ¿Toma usted medicamentos sin consultar al médico cuando tiene.. (leer lista)? En cada uno de los síntomas relacionados, tache con una cruz la casilla que corresponda

	SI	NO
1. Fiebre		
2. Dolor de cabeza		
3. Catarro, gripe.		
4. Dolor de estómago		
5. Dolor de dientes, muelas		
6. Dolor muscular o en articulaciones		
7. Dificultad para dormir		
8. Está tenso o nervioso		
9. Otro. Especifique: _____		

28. En los últimos 12 meses ¿se ha realizado algún "chequeo" médico?

1. Si.
2. No, especifique ¿por qué?

29. En los últimos seis meses ¿se ha tomado la presión de manera preventiva?

1. Si
2. No.

Anotar:

30. En los últimos seis meses ¿le han hecho un análisis de sangre de forma preventiva?

- 1 Si
- 2 No.

Anotar:

31. En los últimos seis meses ¿le han hecho un análisis de azúcar (glucosa) en sangre de forma preventiva?

1. Si
2. No.

Anotar:

32. En los últimos seis meses ¿se ha pasado por lo menos una vez al mes?

1. Si
2. No.

Anotar:

33. En los últimos 12 meses ¿se ha hecho una mamografía (radiografía de la mama) en forma preventiva?

1. Si
2. No.

Anotar:

34. En el último año ¿le han realizado una citología vaginal (papanicolau) de forma preventiva?

1. Si
2. No.

Anotar:

**V. MORBILIDAD PERCIBIDA Y DIAGNOSTICADA**

35. INSTRUCCIONES: A continuación se enlistan una serie de problemas de salud de larga evolución (crónicas). Señale en la casilla "MP" (Morbilidad percibida) sólo aquellas que usted recuerde haya padecido durante los últimos 12 meses. Posteriormente, señale, cuáles de estas han sido confirmadas por algún médico. Las respuestas se incluirán en la casilla "MD" (morbilidad diagnosticada). Codificándose "1" en caso de que haya sido confirmada y "2" en caso de que un médico no la haya confirmado.

ENFERMEDADES CRÓNICAS	MP	MD
1. Dolores en las articulaciones		
2. Diabetes		
3. Dolor de espalda		
4. Dolor en piernas y pies		
5. Dolor de cabeza (jaquecas, migraña)		
6. Gastritis		
7. Colitis		
8. Estreñimiento o diarreas persistentes		
9. Colesterol alto		
10. Presión alta		
11. Edemas por hinchazón en tobillos o piernas		
12. Várices en las piernas		
13. Tos		
14. Dificultad para respirar (sensación de ahogo)		
15. Bronquitis		
16. Asma		
17. Faringitis		
18. Infección en vías urinarias		
19. Depresión		
20. Ansiedad		
21. Dificultad para dormir (insomnio)		
22. Parálisis de cualquier tipo o localización (por ejemplo, facial).		
23. Aumento de peso		
24. Pérdida de peso (sin causa aparente)		
25. Alergia		
26. Anemia		
27. Problemas persistentes en la piel por picor, ronchas o psoriasis		
28. Otros problemas de salud. Especificar:		
29. Ninguna enfermedad		

36. Ante la presencia de alguna(s) de esta(s) enfermedad(es) en los últimos 12 meses, ¿ha tenido que reducir, cambiar o dejar su actividad como "cuidador"?

1. Si.
2. No.
3. no sabe

Anotar:

Las siguientes preguntas se harán sólo en caso de que el cuidador sea de sexo femenino

37. ¿ Ha tenido que consultar a un médico en los últimos 6 meses por alguna(s) de esta(s) enfermedad(es)?  
 1. Si, ¿cuál? \_\_\_\_\_ (señale el no. Que le corresponde en la tabla de la pregunta 35).

2. No.  
 3. No sabe Anotar:

38. ¿se le obligó a guardar reposo o cama por este motivo?

1. Si.  
 2. No. Anotar:

39. ¿tuvo que ser hospitalizado/a?

1. Si.  
 2. No. Anotar:

40. En los últimos 12 meses, por prescripción médica ¿ha tomado medicamento por más de 6 meses?

1. Si, especifique ¿cuál(es)?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. No. Anotar:

41. Señale aquellas otras actividades que se han visto afectadas por estos problemas de salud en los últimos 12 meses.

ACTIVIDADES	SI
1. Trabajo	<input type="checkbox"/>
2. Tareas del hogar	<input type="checkbox"/>
3. Vida social	<input type="checkbox"/>
4. Vida familiar	<input type="checkbox"/>
5. Vida sexual	<input type="checkbox"/>
6. Intereses y aficiones (hobbies)	<input type="checkbox"/>
7. Estudiar	<input type="checkbox"/>

8. Otros. Especifique: \_\_\_\_\_  
 9. No sabe Anotar:

Las siguientes preguntas se harán sólo en caso de que el cuidador reconozca haber sido diagnosticado con anterioridad por su médico, con **Hipertensión Arterial**.

42. Actualmente ¿recibe tratamiento para el control de la has?

1. Si, con dieta solamente  
 2. Si, con dieta y ejercicio solamente.  
 3. Si, con medicamentos solamente  
 4. Si, con dieta, ejercicio y medicamentos.  
 5. No Anotar:

43. ¿Hace cuanto tiempo fue su medición más reciente de Tensión arterial?

1. Hace una semana.  
 2. Hace quince días  
 3. Hace un mes  
 4. Hace dos meses  
 5. Hace tres meses  
 6. Hace más de tres meses  
 7. No recuerda Anotar:

44. Recuerda ¿Cuáles fueron sus cifras de tensión arterial más recientes?

1. Si, recuerdo (anotarlas): \_\_\_\_\_  
 2. No recuerdo Anotar:

Las siguientes preguntas se harán sólo en caso de que el cuidador reconozca haber sido diagnosticado con anterioridad por su médico, con **Diabetes**.

45. Actualmente ¿Recibe tratamiento para el control de la diabetes?

1. Si, dieta y ejercicio  
 2. Si, medicamentos  
 3. Si, Dieta, ejercicio y medicamentos  
 4. Si, insulina  
 5. Si, dieta, ejercicio e insulina.  
 6. Si, dieta, ejercicio, pastillas e insulina.  
 7. No Anotar:

46. ¿Hace cuánto tiempo fue su medición más reciente de glucosa?

1. Hace una semana  
 2. Hace quince días  
 3. Hace un mes  
 4. Hace dos meses  
 5. Hace tres meses  
 6. Hace más de tres meses  
 7. No recuerda Anotar:

47. Recuerda ¿cuáles fueron sus cifras de glucosa más recientes?

1. Si, recuerdo (anotar las cifras): \_\_\_\_\_  
 2. No recuerdo. Anotar:

Las siguientes preguntas se harán sólo en caso de que el cuidador reconozca haber sido diagnosticado con anterioridad por su médico, con **Colesterol Alto**.

48. Actualmente ¿recibe tratamiento para el control del colesterol alto?

1. Si, con dieta.  
 2. Si, con medicamento  
 3. Si, con dieta y medicamento.  
 4. No. Anotar:

49. ¿Hace cuánto tiempo fue su medición más reciente de colesterol?

1. Hace una semana  
 2. Hace quince días  
 3. Hace un mes  
 4. Hace dos meses  
 5. Hace tres meses  
 6. Hace mas de tres meses  
 7. No recuerda Anotar:

50. Recuerda ¿Cuáles fueron sus cifras de colesterol más recientes?

1. Si, recuerdo (anotar cifras): \_\_\_\_\_  
 2. No recuerdo Anotar:

A continuación se harán algunas preguntas relacionadas con su salud **dental y visual**

51. ¿Cuánto tiempo hace que revisó su vista por última vez?

1. Hace una semana  
 2. Hace quince días  
 3. Hace un mes  
 4. Hace dos meses  
 5. Hace tres meses  
 6. Más de tres meses  
 7. No recuerda Anotar:

52. ¿Cuánto tiempo hace que acudió el dentista por última vez?

1. Hace una semana
2. Hace quince días
3. Hace un mes
4. Hace dos meses
5. Hace tres meses
6. Hace más de tres meses
7. No recuerda

Anotar:

#### VI. ESTILO DE VIDA

A continuación, en este último apartado, nos vamos a interesar por algunos hábitos de su **Estilo de Vida** como son el consumo de tabaco, alcohol, ejercicio y tiempo libre.

53. Actualmente ¿Usted fuma?

1. Si
2. No.

Anotar:

54. ¿Cuántos días a la semana fuma habitualmente?

1. Siete días.
2. Seis días
3. Cinco días
4. Cuatro días
5. Tres días
6. Sólo fines de semana
7. Ocasionalmente

Anotar:

55. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día?

1. 1 a 5
2. 6 a 10
3. 11 a 15
4. 16 a 20
5. más de una cajetilla

Anotar:

56. ¿Cómo se evalúa al comparar lo que fuma con lo que fumaba hace un año?

1. Fumo más que antes
2. Fumo menos que antes
3. Fuma una marca más fuerte
4. Fumo una marca más suave
5. Fumo igual que antes
6. He cambiado el hábito (antes puro, ahora cigarro)
0. No sabe

Anotar:

57. Durante el último mes ¿con qué frecuencia bebió más de una bebida alcohólica?

1. Diariamente
2. entre 4 y 6 veces a la semana
3. Entre 2 y 3 veces a la semana
4. Una vez a la semana
5. Una o dos veces al mes
6. Menos de una vez al mes
7. Nunca
0. No sabe

Anotar:

58. ¿Qué actividad o pasatiempo realiza, al menos tres veces por semana, durante 30 minutos como mínimo?

1. Caminar
2. Nadar
3. Hacer gimnasia
4. Practicar Yoga o meditación
5. Leer
6. Ver TV
7. Hacer manualidades
8. Otra(s), especifique: \_\_\_\_\_
9. Ninguna

Anotar:

59. ¿Cómo evalúa su condición física?

1. Muy buena
2. Bastante buena
3. Normal.
4. No muy buena
5. Mala o muy mala

Anotar:

#### VII. SALUD MENTAL

60. ¿En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia psicológica o psiquiátrica para atender sus problemas?

1. Si
2. No

Anotar:

61. Describa su principal preocupación

62. ¿A qué atribuye sus problemas?

63. ¿De qué manera ha intentado resolver sus problemas?

64. En las últimas dos semanas ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida en general?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy satisfecho

65.- Señale el grado de ayuda que necesite su familiar para realizar las siguientes actividades:

ACTIVIDADES	SIN AYUDA	CON SUPERVISIÓN	CON AYUDA	HACERLO POR EL / HACERLO CON EL
BAÑARSE				
VESTIRSE				
COMER				
IR AL BAÑO				
MOVILIZARSE (FUERA DE LA CAMA O CAMINAR)				
TOMAR MEDICAMENTOS				
LAVAR SU ROPA				
HACER COMPRAS				
PAGAR CUENTAS				
TRANSPORTARSE (A UN LUGAR FUERA DE CASA)				

66.- Señale las actividades que se han visto afectadas desde que Ud. Es cuidador de un paciente o familiar .Indique en una escala de cero a diez el grado de afectación de las mismas en donde cero indica no afectación y 10 indica un grado de completa afectación.

**nada afectada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente afectada**

<input type="checkbox"/> Sueño	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Trabajo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Escuela	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> intereses, pasatiempos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Estado de ánimo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Tareas del hogar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Vida social	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Vida sexual	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Planes a futuro	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Relaciones familiares	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Salud	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Cuidado personal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Vacaciones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> Convivencia con la pareja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

67.- Indique la frecuencia con la que ha tenido los siguientes pensamientos:

PENSAMIENTO	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
Estaría mejor si no existiera				
Siento que no puedo superar las dificultades				
Tengo la capacidad de disfrutar mis actividades diarias				
Enfrento adecuadamente mis problemas				
He perdido la confianza en mi mismo (a)				
Llego a pensar que soy una persona que no sirve para nada				
Me siento feliz, optimista y esperanzado con respecto al futuro				
Tengo dificultad para realizar algunas tareas del cuidado de mi paciente o familiar (curaciones, movilizarlo, etc.)				
Me preocupo por saber si alguien cuidará a mi paciente / familiar si algo me sucediera				
Cuento con los recursos necesarios para cuidar adecuadamente a mi paciente o familiar				

<b>PENSAMIENTO</b>	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>MUCHAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
He tenido problemas con la familia por dedicar tanto tiempo a cuidar a mi paciente o familiar				
Me preocupa mucho la salud de mi familiar o mi paciente				
Mi familiar o paciente ha cambiado o mucho su forma de ser desde que se enfermó				
He notado que peleo mucho con mi familiar o paciente				
Me pongo nervioso cuando tengo que hablar con mi familiar o paciente				
Me preocupa la idea de tener que internar a mi paciente o familiar en alguna institución en donde lo cuiden				

68.- Señale la frecuencia con la cual se presentan los siguientes síntomas:

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>REGULARMENTE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>SIEMPRE</b>
Como menos de lo debido					
Como más de lo debido					
Mareos					
Ansiedad					
Debilidad muscular					
Palpitaciones					
Fatiga / Agotamiento					
Estrés / Tensión					
Dolor de pecho					
Irritabilidad					
Respiración entrecortada					
Problemas de sueño					
No descanso al dormir					
Sudoración de manos					
Zumbido de oídos					
Dolor de cabeza					
Tristeza / Depresión					
Problemas de sobrepeso					
Problemas para concentrarse					
Deseos de llorar					

69.- En la siguiente escala indique en general el grado de satisfacción que siente con respecto a su papel de cuidador de un paciente o familiar.

**Nada satisfecho** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Muy satisfecho**



## ANEXO 2

**“SUBESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”**

<b>PENSAMIENTO</b>	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CON REGULARIDAD</b>	<b>CON FRECUENCIA</b>	<b>SIEMPRE</b>
Estaría mejor si no existiera					
Siento que no puedo superar las dificultades					
Tengo la capacidad de disfrutar mis actividades diarias					
Enfrento adecuadamente mis problemas					
He perdido la confianza en mi mismo (a)					
Llego a pensar que soy una persona que no sirve para nada					
Me siento feliz, optimista y esperanzado con respecto al futuro					
Me siento inquieto, como si algo malo me fuera a pasar					
Me preocupo constantemente por el futuro					
Siento miedo con frecuencia					
Con frecuencia pienso en lo difícil que es el futuro					

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>REGULARMENTE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>SIEMPRE</b>
Como menos de lo debido					
Como más de lo debido					
Mareos					
Ansiedad					
Debilidad muscular					
Palpitaciones					
Fatiga / Agotamiento					
Estrés / Tensión					
Dolor de pecho					
Irritabilidad					
Respiración entrecortada					
Problemas de sueño					
No descanso al dormir					
Sudoración de manos					
Zumbido de oídos					
Dolor de cabeza					
Tristeza / Depresión					
Problemas de sobrepeso					
Problemas para concentrarse					
Deseos de llorar					

## ANEXO 3

## ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit, 1982)

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca    1=Rara vez    2=Algunas veces    3=Bastantes veces    4=Casi siempre

Preguntas	Respuesta
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0 1 2 3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que su vida sexual no es como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4

## ANEXO 4



**PROGRAMA DE MANEJO DE ESTRÉS PARA CUIDADORES PRIMARIOS DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN”**

**Elaborad por: Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo  
Mayo 2005**

**AREA:** Salud

**OBJETIVO GENERAL:** Que los participantes adquieran y fortalezcan habilidades de afrontamiento ante el estrés que genera su rol de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal terminal.

**POBLACIÓN META:** 21 cuidadores primarios de los 17 pacientes que pertenecen al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital General de Atizapán.

**Características de la población:**

6 hombres y 15 mujeres

Edad media de 45 años (70% casados, 25% unión libre y 5% solteros)

Ocupación: empleados (80%) amas de casa (20%)

Parentesco con el paciente: pareja (55%) hermanos (27%) hijos (18%)

Escolaridad media: secundaria trunca

Criterios de exclusión: Analfabetismo , muerte del paciente

\*\* 4 participantes cursan con Diabetes Mellitus y 1 cursa con Hipertensión Arterial Sistémica

## RECURSOS Y MATERIALES:

### Recursos humanos:

- Participará el departamento de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán para la toma de signos vitales
- Como facilitador del programa: Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo y/o residentes en turno del programa de Medicina conductual (programa de maestría y doctorado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México)
- Participará el equipo de salud a cargo del desarrollo del programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital General de Atizapán (3 médicos residentes de medicina interna, un médico adscrito y una trabajadora social).

### Recursos materiales

Trípticos sobre estrés, cuidadores primarios, técnicas de relajación, asertividad, administración del tiempo, solución de problemas y manejo del duelo elaborados para el programa por la Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo	Presentación en Power-Point sobre estrés, cuidadores primarios, habilidades sociales y manejo del duelo, elaboradas para el programa por Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo
Cuadernos de trabajo elaborados para el programa por la Psic. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo	Hojas de registro para signos vitales y para sensación subjetiva de relajación
Gráficas de signos vitales y relajación	Hoja de integración para los puntajes de los instrumentos
Grabadora	C.D. con música instrumental
Computadora	Cañón
Hojas de Rotafolio	Plumones
Tarjetas Blancas	Lápices
Cuestionario sobre conocimiento del estrés	Formato de evaluación del programa
Cronómetro	Baumanómetro
Estetoscopio	Reloj de pulso
Guión de relajación con frases autógenas	Sillas con respaldo
Hojas blancas	Lista de referencias para biblioterapia para manejo de duelo
Lista de criterios del DSM-IV para estrés, inventario de síntomas y fuentes de estrés, escala de carga del cuidador de Zarit y perfil de estrés de Novack	Escala de afrontamiento, IDARE, Inventario de depresión de Beck

**ESCENARIO:** Unidad de Diálisis del Hospital General de Atizapán y consultorio 12 de “salud mental “ del Hospital General de Atizapán.

**PROCEDIMIENTO:** El programa consta de 3 fases: evaluación, intervención y post-evaluación. Se compone de 8 sesiones semanales de dos horas cada una.

La primera sesión y la última sesión se utilizan para la evaluación y la post-evaluación. De la segunda a la séptima sesión se trabajan estrategias de enfrentamiento como la relajación (respiración diafragmática, relajación por frases autógenas), el entrenamiento en habilidades sociales, las estrategias para la resolución de problemas, estrategias para la administración del tiempo y se agrega una última sesión para estrategias de manejo de duelo ante la posible pérdida de los pacientes.