



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

***IMPORTANCIA DE LA MEDICINA CONDUCTUAL
EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA***

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
ARANEL DE JESÚS ARREDONDO PANTALEÓN

DIRECTOR DEL INFORME: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

REVISORES :
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ
DRA. MARÍA DEL SOCORRO VITAL FLORES
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres Etelvina y Marco Antonio: porque ser su hija es la dicha más grande que he podido recibir. Gracias por su apoyo, su amor, su cuidado, su preocupación y su confianza en mí, por alentarme a seguir mis sueños y por no permitirme que me dejara caer cuando sentía que no podía más con la maestría, por enseñarme a ser fuerte y a vencer los obstáculos. Ustedes son mi mayor ejemplo. LOS AMO Y LOS ADMIRO. GRACIAS POR EXISTIR. Son los mejores padres que alguien podría tener.

A mi pequeña Karol: Eres mi peque extremadamente adorable. Gracias hermanita por estar siempre presente animándome, reforzándome, apoyándome, escuchándome y compartiendo mis sueños. Eres mi orgullo y una de mis tres razones de ser. TE AMO DE MANERA EXTREMA.

A Etelvina, Marco Antonio y Karol: Hoy más que nunca agradezco tenerlos a mi lado... ustedes saben por qué. Hemos demostrado lo fuertes que somos. Ustedes tres son la razón de mi existencia, mis estrellas y el motor que mueve mi vida.

A mi comité tutorial:

-**Dra. Laura Hernández Guzmán** por el tiempo invertido en tutorías para mí, en la revisión de mi reporte y por su valioso apoyo durante la maestría.

-A la **Dra. Socorro Vital** por confiar en mí, por darme todas las facilidades para la realización de mi primer año de la maestría, por tomarme en cuenta, por preocuparse por mi crecimiento, por su enorme soporte y por abrirme las puertas del maravilloso servicio de nefrología al que tanto quiero y al que tanto le debo.

-Al **Mtro. Edgar Landa:** por todas tus enseñanzas, por tu comprensión y por confiar en mí, porque me has apoyado cuando más lo he necesitado y me has instigado a no darme por vencida y a volver a creer en mí misma y a no dudar de mi capacidad. De verdad he aprendido muchísimo de ti.

-A **Leonardo Reynoso** por su apoyo y facilidades durante la maestría.

-A la **Dra. Mariana Gutiérrez** por acompañarme desde la licenciatura, apoyándome y otorgándome su voto de confianza.

A mis amigas **Yadira, Liliana, Tere y Cristina** por acompañarme durante esta aventura, por permitirme aprender tanto de ustedes, por compartir sus conocimientos, por escucharme, ser mis cómplices y apoyarme. También por las interminables risas y extraordinarios momentos vividos en nuestra "residencia- escritorio". Las quiero mucho.

A todos aquellos compañeros de los servicios que se portaron tan bien conmigo, de quienes pude aprender mucho y trabajar juntos en beneficio de nuestros pacientes; compañeros con quienes laboré a gusto y algunos de los cuales se convirtieron en mis amigos y sobre todo, agradezco haber encontrado en mi camino en uno de esos servicios a una persona muy importante cuyo nombre omitiré, pero que estuvo conmigo de manera incondicional cuando más lo necesité y a quien no voy a olvidar por su legado en mi vida. A todos, y principalmente a esa personita especial: GRACIAS POR TODO.

A mis maravillosos pacientes, sobre todo a M, E, E, L, P, F, A, A, V, T, R: GRACIAS DE VERDAD, porque fui yo quien aprendió de ustedes. Agradezco infinitamente su confianza y el crecimiento que tuve durante el tiempo que trabajamos juntos.

A todos mis angelitos: mi abuela (Q.E.P.D), a mis maestros que ya se han ido, a mis amigos que ya no están físicamente (J, G, B, F) un abrazo hasta donde quiera que estén. Los voy a amar por siempre.

A mis tías Laura y Mary. A mis primos Héctor y Mary por su invaluable apoyo, por sus porras y por estar a mi lado. Los adoro.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)** por el enorme apoyo que me otorgó para la realización de la maestría. Sin ustedes este sueño no hubiera sido posible.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** por abrirme las puertas nuevamente, por confiar en mí una vez más y por formarme desde el CCH; porque mi gran orgullo es ser parte de esta casa de estudios y ansío retribuirle cada una de las cosas maravillosas que ha traído a mi vida desde hace 13 años, pero el camino no termina aquí.

A la **medicina conductual** por llegar a mi vida y mostrarme sus maravillosos alcances. Desde hace 6 años que comencé a trabajar en ella, me demostró que estoy hecha para esto, que es mi vocación y ser residente fue un sueño que desde entonces comencé a tejer. Afortunadamente se cumplió y hoy estoy escribiendo esto después de una etapa enriquecedora e inolvidable como residente de esa hermosa maestría.

A la verdadera ciencia psicológica por permitirme formar parte de ese grupo de profesionistas que gustamos de hacer las cosas con rigor y que buscamos cada día mejorar el status de nuestra profesión y la defendemos a capa y espada.

Como lo dije: este es apenas el principio, el camino no termina. Aún falta el último paso en mi preparación profesional y aquí estaré. Mientras tanto sólo puedo decir: *¡Arriba la maestría en medicina conductual!* Orgullosa residente de la generación 2011.

Por mi Raza Hablará el Espíritu

ÍNDICE

Resumen	5
1. Introducción: Contexto general de salud y bases histórico conceptuales de la medicina conductual.....	6
2. PRIMERA ROTACIÓN. SERVICIO DE NEFROLOGÍA HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	25
2.1 Características de los padecimientos atendidos en el servicio	26
2.1.1 Aspectos médicos de la enfermedad renal crónica.....	26
2.1.2 Aspectos psicológicos del paciente con enfermedad renal crónica.....	37
2.2 Formulación de caso clínico 1. Efectos de la aplicación de la exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva sobre la ansiedad ocasionada por el catéter mahurkar en un caso de enfermedad renal crónica.	47
2.3 Formulación de caso clínico 2. Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad hospitalaria en un caso de enfermedad renal crónica.....	71
2.4 Servicio de nefrología. Hospital Juárez de México	89
3. SEGUNDA ROTACIÓN. SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA MÉXICO	102
3.1 Características de los padecimientos atendidos en el servicio	103
3.1.1 Aspectos médicos del dolor.....	103
3.1.2 Aspectos psicológicos del dolor.....	115
3.2 Formulación de caso clínico 3. Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad preoperatoria ante un procedimiento intervencionista.....	120
3.3 Servicio de Clínica del Dolor. Instituto Nacional de Cancerología México	138
4. Conclusiones generales	146
Referencias	150
Anexos	

RESUMEN

Con la transición epidemiológica las enfermedades crónico degenerativas se erigen como la principal causa de morbilidad y mortalidad en países desarrollados y en vías de desarrollo. Este tipo de enfermedades no sólo generan impacto en la salud física, sino que el diagnóstico, síntomas, los cambios en el estilo de vida y los costos económicos y conductuales generan estrés psicológico, así como diversos trastornos como ansiedad y depresión. Por lo anterior, es necesario otorgar al paciente una atención integral en la que se preste atención a los aspectos médicos, psicológicos y sociales. La medicina conductual es un campo interdisciplinario que une el conocimiento de las ciencias médicas, sociales y del comportamiento en el estudio de la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades. El programa de maestría con residencia en medicina conductual de la UNAM se aplicó por primera vez en 1999 e implica la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo conductual, teniendo como objetivo que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos en un escenario real, desarrollando competencias para resolver problemas. En este trabajo se presenta el reporte de experiencia profesional de la maestría en medicina conductual correspondiente al período que abarca de 2010 a 2013, mismo que tuvo como sedes el servicio de nefrología del Hospital Juárez de México y el servicio de clínica del dolor del Instituto Nacional de Cancerología. Se describen dos casos clínicos correspondientes al servicio de nefrología y uno correspondiente a la clínica del dolor en los cuales se llevaron a cabo intervenciones cognitivo conductuales, así como los resultados obtenidos en cada uno de ellos y el seguimiento. Asimismo se presentan las características generales de los servicios hospitalarios y las cifras correspondientes al trabajo realizado en ellos.

Descriptor: medicina conductual, enfermedad renal crónica, intervención cognitivo conductual, nefrología, trabajo interdisciplinario.

Introducción: contexto general de salud y bases histórico conceptuales de la medicina conductual

A lo largo de la historia las enfermedades infecto-contagiosas se han encontrado entre las principales causas de muerte y sufrimiento en el mundo (Amuna & Zotor, 2008), sin embargo, de mediados del siglo XIX a mitad del siglo XX, los decesos debidos a estas enfermedades disminuyeron rápidamente en los países desarrollados, de tal suerte que llegó a pensarse que era necesario cerrar el capítulo correspondiente a este tipo de enfermedades para centrarse en las enfermedades crónico degenerativas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, esta aparente victoria se dio en parte sólo en el mundo desarrollado, pues la tendencia actual y las proyecciones a futuro muestran que las enfermedades infecto-contagiosas mantienen una cifra elevada como causa de mortalidad en países subdesarrollados (Kumate, 2002).

En 1971, Abdel Omran propuso la teoría de una transición epidemiológica describiéndola como cambios en la tendencia de las enfermedades típicas de la población. Sugirió que todas las sociedades han atravesado por tres etapas de enfermedad: "la edad de pestilencia y hambre", caracterizada por altas tasas de mortalidad con una esperanza de vida menor a los 30 años; "la edad de las pandemias", caracterizada por un incremento de la esperanza de vida a más de 50 años y una carga persistentemente elevada de enfermedades infecto-contagiosas; y "la edad de enfermedades crónico degenerativas" durante la cual la esperanza de vida incrementa, los decesos por enfermedades infecto-contagiosas disminuye de manera considerable y enfermedades como el cáncer y las cardiovasculares son más predominantes (Amuna & Zotor, 2008). Parecía claro que los países industrializados se habían movilizad o de la segunda a la tercera etapa, y se asumía que los países en vías de desarrollo pronto compartirían en un descenso semejante en las cifras de enfermedades infecto-contagiosas, sin embargo,

mientras esto ha sucedido en varias partes del mundo, la transición dista de ser completa en los países subdesarrollados (Sanders, et al., 2008).

La OMS (2012) apunta que en el año 2005 la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas fue mayor en países de bajos recursos que en aquellos con recursos medios (altos y bajos) y desarrollados, encontrando que en la actualidad constituyen menos de un 25% de muertes a nivel mundial, y más de 40% de muertes en países subdesarrollados (Kumate, 2002), mientras que en países desarrollados las muertes debido a este tipo de afecciones aumentaron un 58% entre 1980 y 1992 (Sanders, Fuhrer, Johnson & Riddle, 2008).

La finalización de las enfermedades infecto-contagiosas como causa de muerte y la esperanza de que surja una convergencia en las condiciones de salud entre los países desarrollados y los países en vías desarrollo, se han visto obstaculizadas por varios factores (Kumate, 2002). En primer lugar, se ha fracasado en el intento de emplear en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las mismas estrategias de control de las enfermedades que han sido utilizadas con éxito en los países desarrollados, aunque los programas de inmunización han resultado ser de los más exitosos, pues en el año 2003 gracias a las campañas de vacunación se previno la muerte de 2 millones de niños, sin embargo otros 2.5 millones fallecieron por enfermedades que podrían haberse prevenido a través de la vacunación (Amuna & Zotor, 2008). Asimismo, han surgido otras enfermedades como el VIH, que hasta la fecha ha afectado a 65 millones de personas y ha generado 25 millones de muertes (la mayoría en países subdesarrollados y en vías de desarrollo), y se ha presentado el resurgimiento y la propagación también en países en desarrollo de enfermedades como tuberculosis y malaria, cuyo tratamiento se ha visto complicado debido a que las cepas muestran resistencia a los fármacos (Sanders, et al., 2008).

Por otra parte, los países desarrollados no se encuentran exentos de verse afectados por este tipo de enfermedades, como el VIH, fiebre hemorrágica, encefalopatía espongiforme bovina, síndrome respiratorio agudo y severo (SARS), virus del papiloma humano e influenza aviar. Lo anterior ha derivado en el interés

por desarrollar investigación orientada al tratamiento de dichos problemas de salud, generando antirretrovirales y vacunas que se encuentran disponibles en estos países; y aunque se han extendido hacia países con menores recursos también es cierto que la disponibilidad se encuentra limitada en éstos y constituye un reto (Kumate, 2002; Sanders, et al., 2008), aunque diversas organizaciones filantrópicas, gubernamentales y no gubernamentales hacen grandes esfuerzos para proporcionar apoyo financiero y técnico para incrementar la disponibilidad de tales medidas de salvamento en países en vías de desarrollo (Sanders, et al., 2008).

Aún con lo anterior, la transición epidemiológica marca un crecimiento sostenido de las enfermedades crónico degenerativas en los países con ingresos medios y bajos en los cuales de acuerdo con la OMS (2012) ocurre un 80% de los decesos por este tipo de enfermedades. Se estima que de un total de 58 millones de defunciones ocurridas en el año 2005 a nivel mundial, 35 millones fueron causadas por este tipo de padecimientos y que del año 2005 al 2015 habrán fallecido 338 millones de personas por estas afecciones, constituyendo el 60% de las causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2012).

De acuerdo con la OMS existen diversos errores generalizados que han contribuido a considerar que las enfermedades crónico degenerativas son problemas de salud remotos, menos importantes y menos graves que las enfermedades infecciosas, lo cual de acuerdo con dicha organización ha ocasionado que se hayan llegado a relegar a un segundo plano. Entre dichos errores se encuentran: pensar que estas enfermedades únicamente afectan a los países industrializados y por tanto a una menor cifra de la población mundial, pensar que los países industrializados deberían atender primero a las enfermedades infecto-contagiosas, error que se encuentra relacionado con el pensamiento equívoco de que los padecimientos crónico degenerativos únicamente afectan a las personas de recursos económicos elevados. Asimismo, se ha llegado pensar que estos problemas de salud afectan únicamente a los adultos mayores y a los hombres, que no se pueden prevenir o que su prevención

y control son costosos. Lo cierto de esto es que afectan a todos los países, en personas de ambos sexos, edades y estratos socioeconómicos, además, los menos favorecidos tienen mayores probabilidades de fallecer debido al limitado acceso a los servicios de salud (OMS, 2012).

De acuerdo al Departamento de Estadística e Informática en Salud de la OMS (2011) durante el año 2008 se produjeron 57 millones de defunciones, de las cuales 36 millones fueron resultado de causas no transmisibles, mientras que las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales ocasionaron 16 millones de defunciones, mientras que 5 millones se debieron a traumatismos. Este documento titulado *Actualización de las causas de mortalidad 2008* señala las diez principales causas de muerte en dicho año, mismas que se señalan en la tabla 1.

Tabla 1.
Principales causas de muerte en el mundo en el año 2008 (Departamento de Estadística e Informática en Salud, OMS, 2011)

No.	Causa	N.º estimado de muertes (en millones)	Porcentaje del total de muertes
1	Cardiopatía isquémica	7.25	12.8
2	Afección cerebrovascular	6.15	10.8
3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3.46	6.1
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.28	5.8
5	Enfermedades diarreicas	2.46	4.3
6	VIH/SIDA	1.78	3.1
8	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1.39	2.4
7	Tuberculosis	1.34	2.4
12	Diabetes mellitus	1.26	2.2
9	Traumatismos por accidentes de tráfico	1.15	2.1
11	Cardiopatía hipertensiva	1.00	2.0
10	Prematuridad y peso bajo al nacer	1.2	1.8

En México se habla de transición epidemiológica a lo largo del período que abarca de los años cincuenta a setenta y parte de la década siguiente, lo que

implica hablar de cambios que acontecen en el marco de transformación de las llamadas sociedades modernas (González & Ángeles, 2009). Hasta buena parte de los años ochenta se mantuvo el énfasis en una discusión que intentaba distinguir claramente las denominadas enfermedades de la pobreza frente a las llamadas enfermedades del desarrollo. Dicha alusión aspiraba evidenciar el proceso de modernización por el que transitaba el país, y donde se registraba el desplazamiento de enfermedades infecto contagiosas hacia los padecimientos de orden crónico degenerativo. Así, a partir de entonces los documentos oficiales, planes y programas sexenales en salud destacaron el interés y la urgencia de dar paso a una organización y administración de la problemática en salud que fuese capaz de enfrentar problemas hasta entonces inéditos en nuestra sociedad, asimismo, ya se advertía sobre la necesidad de un nuevo perfil de trabajadores de la salud cuya formación profesional pudiera insertarse a esos cambios en el panorama epidemiológico del país (Secretaría de Salud, 1990).

En el marco de todos los cambios por los cuales transitaba el país, hay que anotar la emergencia de padecimientos como el VIH/SIDA, el ébola y la fiebre del Nilo, mismos que hasta antes de los años ochenta no eran un problema de salud pública, y que a partir de su aparición se sumaron al espectro de las problemáticas que demandaban una atención pronta y eficaz de parte de las instancias gubernamentales responsables de la salud, hablándose en este sentido de enfermedades emergentes, meritorias de una atención prioritaria y que por ende dejaron un tanto relegadas a las enfermedades crónico degenerativas, mismas para las cuales hasta la fecha no se han diseñado en el país políticas de salud que identifiquen claramente y apliquen estrategias de prevención, evaluación e intervención que puedan detectar de manera oportuna las posibles situaciones de enfermedad para poder ser enfrentadas con un enfoque interdisciplinario (González & Ángeles, 2009).

El panorama en México no es distinto al del resto del mundo, pues las enfermedades crónico degenerativas son predominantes, ya que de acuerdo al

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática ([INEGI], 2012), en el período que abarca de los años 1998 a 2009 la diabetes mellitus fue la principal enfermedad crónica degenerativa causante de morbilidad hospitalaria, mientras que de acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud ([SINAIS], 2012) las principales causas de mortalidad en el país son los padecimientos de este orden, mismos que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Principales causas de mortalidad en México durante el año 2008 (SINAIS, 2012)

	A00-Y98	Total	538 288	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	75 572	14.0
2		Tumores malignos	31 262	5.7
3	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	59 579	11.1
4	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	30 212	5.6
5	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28 422	5.3
6	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20 565	3.8
7	^{2/}	Accidentes de vehículo de motor	16 882	3.1
8	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	15 694	2.9
9	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	15 096	2.8
10	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14 767	2.7
11	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	13 900	2.6
12	N00-N19	Nefritis y nefrosis	12 592	2.3
13	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	8 310	1.5
14	B20-B24	VIH/SIDA	5 183	1.0
15	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4 668	0.9
	R00-R99	Causas mal definidas	10 514	2.0
		Las demás	175 070	32.5

Lo cierto es que este tipo de enfermedades tienen repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores primarios, son causa de muertes prematuras y generan costes económicos elevados en las familias, las comunidades y la sociedad en general, dificultando el crecimiento económico y reduciendo el potencial de desarrollo de los países. Es importante que la prevención se aborde en el contexto de las actividades internacionales de salud y desarrollo, incluso en países menos adelantados, mismos que ya están experimentando un repunte de los riesgos de enfermedades crónicas y de las defunciones asociadas (OMS, 2012).

Asimismo, se trata de enfermedades prevenibles y multicausales que en gran parte son causadas por factores de riesgo comunes y modificables tales como una mala alimentación, inactividad física, tabaquismo, alcoholismo, estrés y obesidad. Sin embargo, es importante señalar que la responsabilidad individual sobre la salud únicamente puede ejercerse de manera plena cuando las personas disponen de un acceso equitativo a un estilo de vida sano y apoyo para ejecutar conductas saludables. Por ende, la intervención de las autoridades públicas es de vital importancia para ofrecer mejores condiciones de salud a la población, así como apoyo y protección a grupos vulnerables (OMS, 2012).

La OMS (2012) menciona que si se modificaran conductas y se eliminaran factores de riesgo podría prevenirse hasta un 80% de los casos de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus tipo 2 (que a su vez es causa de otras enfermedades crónicas, tales como insuficiencia renal e hipertensión arterial), así como un 40% de los casos de cáncer. Asimismo, hay medidas costo eficaces que podrían ser utilizadas a favor de la prevención de diferentes patologías crónicas, tales como la modificación de conductas de riesgo, el incremento de inmunógenos conductuales, la educación del paciente y a nivel sanitario la disposición de algunas medidas como por ejemplo la medicación que previene las complicaciones de las cardiopatías, mismas que ya no se encuentran sujetas a patente y cuya producción cuesta poco más de un dólar mensual.

El comportamiento de las personas tiene un papel significativo en la adquisición de la enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud y el curso del padecimiento, por ello, es importante que como parte de los programas de tratamiento se identifiquen los comportamientos de riesgo (patógenos conductuales) para así diseñar estrategias encaminadas a disminuirlos, así como favorecer aquellos que propician la salud y mejoran la calidad de vida (inmunógenos conductuales), aplicación de estrategias para educar al paciente y favorecer la adherencia terapéutica, además de diseñar programas de intervención que permitan brindar tratamiento a la sintomatología psicológica del

paciente y sus familiares, como agentes activos dentro del curso de la enfermedad (Reynoso y Seligson, 2005; Arredondo, 2009).

Estas enfermedades representan un cambio abrupto en la vida cotidiana del paciente, en su estilo de vida, hábitos y en muchas ocasiones debido a la naturaleza del padecimiento, dificultan la consecución de las metas y objetivos que anteriormente el paciente se había planteado (Flores, 2009).

Las enfermedades crónico degenerativas no sólo generan impacto en la salud física, sino que el diagnóstico, los síntomas, signos, el régimen del tratamiento, los costos económicos y conductuales son generadores de estrés psicológico, y a su vez, la percepción de control sobre la salud, la percepción de la enfermedad, el conocimiento sobre la misma, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento pueden generar otro tipo de trastornos como ansiedad y depresión (Kozora, Ellison, Waxmonsky, Wamboldt & Patterson, 2005; Flores, 2009).

Con la aparición de una enfermedad crónica el paciente presenta una serie de desequilibrios en las diferentes esferas de su vida, ante los cuales frecuentemente experimentan emociones como miedo, enojo y ansiedad (Samson, Siam & Lavigne, 2007). Lo anterior implica la necesidad de que el paciente lleve a cabo tareas para adaptarse a aspectos relacionados con aspectos físicos y psicosociales de la enfermedad, tales como el dolor, los procedimientos médicos, la preservación de una adecuada autoimagen, el mantenimiento de una relación adecuada con sus familiares y amigos y un adecuado manejo de las emociones (Moos & Tsu, 1977).

Moos y Tsu (1977) mencionan que los pacientes tienden a utilizar estrategias para afrontar la fase crítica de la enfermedad, entre las que se encuentran negar o minimizar la seriedad de la crisis, buscar información relevante, requerir tranquilidad y apoyo social, aprender sobre la enfermedad y procedimientos relacionados y buscar segundas opiniones, así como soluciones alternativas.

En este capítulo no se describen a detalle las implicaciones psicológicas de las enfermedades crónico degenerativas, pues éstas se desglosan a profundidad en los capítulos correspondientes a la enfermedad renal crónica y dolor crónico.

Con lo anterior se muestra la importancia de contar con un equipo de salud integral que atienda los requerimientos biológicos, psicológicos y sociales que surgen como consecuencia de un padecimiento crónico degenerativo. Es así como adquiere importancia la medicina conductual, campo interdisciplinario que integra el conocimiento de las ciencias biomédicas, sociales y del comportamiento, en el que intervienen profesionales de diferentes disciplinas para comprender, atender y rehabilitar los procesos de enfermedad (Godoy, 1991).

Bases históricas y conceptuales de la medicina conductual

A través del devenir histórico se han dado diversas definiciones de salud, que se han establecido acorde al contexto sociocultural y al nivel de conocimiento y desarrollo alcanzado acerca de ella. En la actualidad, la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha difundido es la siguiente: *“El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Se trata de una definición que toma en cuenta la interacción e integración de diferentes disciplinas (Alma Ata, 1978).

Salud y enfermedad son conceptos entrelazados, de origen multicausal, respondientes a las demandas del ambiente físico, psicológico y social, por lo que la concepción tradicional de curación que implica que aliviar la enfermedad devuelve la salud, puede resultar errónea e insuficiente dado que ésta implica más que la ausencia de enfermedad, por lo que la apertura a la intervención de otros profesionales se vuelve necesaria, dado que de este modo la enfermedad puede ser enfrentada desde diferentes perspectivas. El médico ha sido a lo largo de la historia el eje de la salud, y con él, las enfermeras, sin embargo, los psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos y miembros de otras disciplinas han buscado abrirse camino, sobre todo en la actualidad, pues como consecuencia de las

múltiples transformaciones culturales, políticas, sociodemográficas, económicas, ambientales y sociales, entre otras, que cotidianamente acontecen en el mundo, el individuo se enfrenta continuamente a nuevas demandas de su entorno que tienen repercusiones negativas en su calidad de vida, las cuales merman su salud.

Profesionales de diferentes disciplinas se han encargado de crear programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que van encaminadas a mantener el bienestar del ser humano y a evitar la aparición de diversas enfermedades crónico-degenerativas, patologías infecto-contagiosas y controlar las enfermedades emergentes, que juntas constituyen el 60% de la mortalidad en el mundo (Rodríguez, 2010). Dicha orientación se encuentra estrechamente relacionada con el modelo biopsicosocial, propuesto por Engel en 1977, el cual reconoce la existencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la salud o la enfermedad. Ciertas condiciones que otros experimentan como simples problemas vitales, además de poder explicar cómo algunos individuos experimentan como enfermedad dichos factores se dividen en microprocesos: los que se generan en el interior del cuerpo (p. Ej. Alteraciones bioquímicas) y macroprocesos: los agentes externos como el apoyo social, atención médica oportuna, etc. Este modelo toma en cuenta aspectos como el sistema de creencias sobre la salud y el papel del comportamiento en la enfermedad. La perspectiva biopsicosocial tiene como uno de sus fundamentos la teoría general de sistemas, en la cual todos los niveles de organización en cualquier entidad, están relacionadas entre sí de manera jerárquica, y en el caso del proceso salud-enfermedad las tres principales esferas involucradas se ven afectadas cuando aparece una patología, de tal suerte que en la génesis de la enfermedad se encuentran inmersos factores biológicos, psicológicos y sociales. En el modelo biopsicosocial el individuo es conceptualizado como agente activo dentro del proceso salud – enfermedad y propone que la salud se logra cuando el individuo cubre las necesidades de todas esas esferas, por lo que los sistemas de salud deben tomarlas en cuenta al momento de establecer un tratamiento.

El estilo de vida, los factores medioambientales, el sobrepeso, el sedentarismo, las conductas de riesgo y el estrés cotidiano impactan en la salud de manera negativa (Reynoso y Seligson, 2005). Es así como se yergue la medicina conductual, campo interdisciplinario que conjunta el saber de las ciencias biomédicas y del comportamiento, así como de las ciencias sociales para el diseño de modelos y paradigmas de intervención orientados a la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, el estudio de la etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos, enfocándose principalmente en el estudio de la etiología y el tratamiento (Rodríguez, 2010). La medicina conductual realiza la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual.

El término medicina conductual se utilizó por primera vez en el año de 1973 para hacer referencia a la retroalimentación biológica o biofeedback en el tratamiento de desórdenes médicos, con la publicación del libro titulado Biofeedback: medicina conductual (Birk, 1973), mientras que en 1974 se conforma el Centro de investigación clínica para la medicina conductual, cuyos fundadores fueron John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau (Pomerleau, 1982).

A lo largo de su historia la medicina conductual ha sido definida de diferentes maneras. Una definición inicial fue propuesta en el año de 1977 por Schuartz y Weiss, quienes la formularon del siguiente modo:

“Medicina conductual” es el campo encargado del desarrollo del conocimiento de las ciencias del comportamiento y sus técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física, y la aplicación de dicho conocimiento y esas técnicas para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias son incluidos únicamente si contribuyen a generar desórdenes orgánicos (p. 379).

Posteriormente, los mismos autores la redefinieron como “La integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y del comportamiento así como sus técnicas relevantes en la enfermedad y la salud” (Schuartz & Weiss, 1978 p. 250).

Pomerleau y Brady (1979) propusieron una nueva definición de medicina conductual precisándola de la siguiente manera:

“El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, cuidado o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica y la investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud” (p. XII).

Cabe hacer mención de que todas las definiciones clásicas de medicina conductual que se citaron convergen en señalar tres aspectos importantes: 1) su naturaleza interdisciplinaria, 2) el interés por los factores conductuales que intervienen en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir, el reconocimiento de la relación entre procesos biofísicos y psicosociales y 3) la aplicación de estrategias conductuales para la modificación, evaluación y control de dichos factores (Caballo, 2008).

El surgimiento de la medicina conductual como área tiene lugar en 1977 con la Conferencia de medicina conductual en Yale, en la cual un grupo diverso de científicos expertos en investigaciones biomédicas y del comportamiento se reunieron para establecer una definición consensual e interdisciplinaria, establecer metas y recomendaciones del nuevo campo de estudio (Schuartz & Weiss, 1978). En el mismo año se establece la Academia de Investigación de la medicina conductual, con Neal Miller (psicólogo) como su primer presidente, y David Hamburg (médico) como presidente electo (Matarazzo, 1980).

Blanchard (1982), menciona tres acontecimientos que favorecieron el surgimiento de la medicina conductual en los años 70's. Éstos fueron: 1)

Utilización de un conjunto de técnicas efectivas para modificar el comportamiento y que ya se habían aplicado con éxito en pacientes con trastornos mentales, pero que comenzaban a utilizarse en pacientes con otros problemas de salud como obesidad y tabaquismo entre otros. 2) El desarrollo del campo de la retroalimentación biológica, en el cual estaba demostrando que era posible efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, reguladas por el sistema nervioso autónomo, lo cual brindaba la posibilidad de diseñar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos orgánicos como migraña, hipertensión, cefaleas tensionales, úlceras y dolor crónico. 3) Se dirigió la atención hacia las dos principales causas de mortalidad en adultos, siendo éstas cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de que se reconocía el papel importante que los cambios en el comportamiento jugaban en el tratamiento, prevención y detección temprana de dichas enfermedades.

Por su parte, Agras (1982) señala cuatro factores que favorecieron el progreso de la medicina conductual: a) El antecedente de que la medicina psicosomática había generado un cuerpo de investigación que vinculaba los factores psicológicos, a un número importante de enfermedades. b) El análisis conductual aplicado, mismo que como área de intervención había generado procedimientos de tratamiento psicológico conductuales orientados a diversos problemas de salud física c) Los estudios epidemiológicos habían identificado factores de riesgo asociados con algunas enfermedades. d) Como consecuencia del aumento en los costos del tratamiento de las enfermedades, se produjo interés por la prevención en lo general, y en particular, en los factores psicológicos y sociales involucrados en el trabajo preventivo. De acuerdo con este autor el desarrollo de esta área debe conducir a implementar la investigación interdisciplinaria, por lo que constituye un puente de comunicación entre las ciencias biológicas, del comportamiento y sociales, además de que el resultado de ello debe ser una integración del conocimiento obtenido empíricamente por las disciplinas involucradas.

Las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas se han desarrollado de manera separada ya que la medicina tiene que ver con el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de las enfermedades, sin embargo no explica ni investiga factores conductuales, como el estilo y la calidad de vida, así como el estrés y el manejo del mismo mientras que la medicina conductual surge como un paradigma para el diseño y aplicación de programas de intervención, así como para la investigación empírica de dichos factores conductuales (Rodríguez, 2010). Asimismo, se distingue de otras áreas de la psicología relacionadas con la salud como la psicología médica y la medicina psicosomática en el hecho de que va más allá de la investigación de los efectos de la enfermedad en el paciente e incluye entre sus áreas de interés aspectos tales como las repercusiones psicológicas del tratamiento médico, la hospitalización, de la estancia en unidades de terapia intensiva, de condiciones tales como el delirium, el ambiente social y físico, y enfatiza la importancia de la interacción entre el personal de salud y el paciente. Además, la medicina conductual va más allá del paciente al valorar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en el contexto familiar y del cuidador primario (Asken, 1979).

En México, gracias a múltiples trabajos e investigación, los expertos en medicina conductual han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en las enfermedades, así como su interrelación con factores medioambientales, dando como resultado una expansión del papel del psicólogo. Asimismo se ha comprobado el papel que fungen los estilos de vida y la conducta en la salud, por lo que los tratamientos únicamente médicos no resultarían suficientes para preservar la salud, por lo cual se vuelve necesario identificar aquellas conductas que reduzcan el riesgo de padecer enfermedades, lo cual a su vez implica cambios en el estilo de vida (Rodríguez, 2010).

El uso de la psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta fue impulsada en México por analistas de la conducta como Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado, mientras que en 1966 se incorporó otra generación de analistas conductuales encabezados

por Gustavo Fernández Pardo, Javier Aguilar Villalobos y Arturo Bouzas. En 1967 Florente López y Francisco Barrera crearon el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, que constituiría el primer centro de análisis conductual aplicado en México (Martínez, 2006). En 1975 se celebró en la Ciudad de México, el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta, con la participación de B. F. Skinner. Estas circunstancias se conjuntaron para generar las condiciones que sentaron las bases para la consolidación de la investigación conductual en este país.

En cuanto a la aplicación del conocimiento derivado de la investigación conductual, Benjamín Domínguez incursionó en diversos reclusorios (para adultos, jóvenes y niños), consiguiendo modificar algunas de las prácticas perniciosas que se daban en estos ambientes, mientras que a su vez, en algunos hospitales psiquiátricos se incorporaba el uso de la terapia conductual. Cabe destacar las aportaciones de Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz en los años 80's, quienes aplicaron el biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsia (Alcaraz, 1977; Alcaraz, Castro-Velázquez, De la Cruz & Del Valle, 1981; Gallegos & Torres Torrija, 1983; Gallegos, Medina, Espinoza & Bustamante, 1987). A su vez, en la Universidad Nacional Autónoma de México comenzaban a realizarse investigaciones sobre la Diabetes Mellitus y se aplicaba la retroalimentación biológica en pacientes con parálisis muscular (Rodríguez, 2010). En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), Rocío Hernández Pozo fundó el Laboratorio de Conducta Humana Compleja, iniciando proyectos de investigación relacionados con la evaluación de factores de riesgo cardíaco con sistemas computarizados, mientras que a la par Facultad de Psicología de la UNAM, el grupo de trabajo coordinado por Graciela Rodríguez Ortega realizaron los primeros estudios sobre trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana. Asimismo, Benjamín Domínguez Trejo comenzó a trabajar sobre el manejo del dolor crónico tanto en el área de la psiconeuroinmunología como en la retroalimentación biológica. Además se ha trabajado desde la psicología ambiental

en aspectos relacionados con los factores que generan estrés ambiental en las instituciones de salud, aportes que han realizado académicos como Serafín Mercado, Javier Urbina y Patricia Ortega Andeane, mientras que en el año 2010 se funda la Sociedad Mexicana de medicina conductual, con la Dra. Graciela Rodríguez como presidenta fundadora. Dicha organización ha contribuido a la docencia, investigación y difusión de la medicina conductual en México (Rodríguez, 2010).

Maestría con residencia en medicina conductual

Entre los años 1997 y 1998 surge en la Universidad Nacional Autónoma de México el actual programa de maestría y doctorado en psicología.

El programa de maestría en medicina conductual fue diseñado en 1998 y se aplicó por primera vez en 1999 con una perspectiva de relación docencia-servicio-investigación, la cual implica la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo-conductual. El programa de residencia en medicina conductual tiene como finalidad que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos siguiendo el principio de aprender haciendo, lo cual a su vez permitirá que desarrolle las competencias necesarias para resolver problemas. Los alumnos se ubican durante dos años en sedes hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención y se comprometen con dedicación exclusiva al programa, el total de horas de práctica es de 2,800, y se encuentran becados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACyT. Previo al ingreso a las sedes hospitalarias, los alumnos son entrenados a través de diversos talleres y cursos para enfrentarse a problemas psicológicos que se derivan del problema médico del paciente, abarcando áreas como: a) preparación para procedimientos médicos invasivos; b) manejo de la depresión causada por la estancia hospitalaria; c) manejo del miedo a lo desconocido en el hospital; d) manejo del dolor; e) comunicación de noticias a

pacientes y familiares; f) intervención en crisis; g) manejo de la adherencia a la terapéutica; y, h) canalización de los casos que no son de su competencia.

Los objetivos de la residencia en medicina conductual son los siguientes (Reynoso, Anguiano, Bravo & Mora, 2012):

Generales

Desarrollar las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios por medio de la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos más adecuados que sustentan el quehacer disciplinario, a nivel individual y grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación.

Específicos

- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

- Entrenar a los familiares de los pacientes en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con la finalidad de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la familia.
- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

En las sedes hospitalarias, las principales actividades de los alumnos consisten en el diseño y aplicación de programas de intervención para contribuir con el equipo interdisciplinario en el manejo de padecimientos crónico degenerativas, mediante la evaluación, el diagnóstico, la implementación del plan de intervención, la aplicación de distintas técnicas y procedimientos derivados de la terapia cognitivo conductual y la evaluación de los resultados obtenidos. El residente en medicina conductual estudia y modifica el comportamiento del paciente en el contexto hospitalario y le ayuda a desarrollar herramientas para mantener modificaciones en el estilo de vida y afrontar la enfermedad fuera de dicho contexto, por lo que el residente colabora con el equipo médico en el tratamiento del paciente, trabajando a su vez en la mejora de la calidad de vida. A su vez, el residente deberá identificar si el comportamiento del paciente se debe a procesos bioquímicos o si los pensamientos y emociones se encuentran en función de la evaluación que éste hace sobre su entorno. El residente trabaja bajo un marco teórico cognitivo conductual; no realiza especulaciones y basa su trabajo en la metodología científica, evalúa al paciente antes y después del tratamiento y emplea técnicas derivadas de la investigación básica y aplicada. Tras dos años de práctica clínica hospitalaria, los alumnos egresan en condiciones de concluir su reporte de experiencia profesional y presentar un examen de competencias profesionales que le permite obtener un título de grado, no sin antes establecerse si el sustentante reúne los requisitos académicos y competencias profesionales que acreditan el valor del título que se emite, por lo que el proceso de titulación busca certificar que se han adquirido las competencias de información, habilidades

y actitudes útiles para brindar servicios profesionales eficaces (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

En los capítulos posteriores se ilustra detalladamente el trabajo del psicólogo en entrenamiento en medicina conductual aplicado al ámbito hospitalario, específicamente en el caso de pacientes con enfermedad renal crónica y dolor oncológico, así como los efectos de intervenciones cognitivo conductuales aplicadas a estos casos.

2

**PRIMERA ROTACIÓN: SERVICIO
DE NEFROLOGÍA HOSPITAL
JUÁREZ DE MÉXICO**

Marzo 2011 – Febrero 2012

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PADECIMIENTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO

2.1.1 Aspectos médicos de la enfermedad renal crónica (conocida también como insuficiencia renal crónica)

Los riñones son dos órganos en forma de frijol cuyo peso es de aproximadamente 120 a 170 gramos y su tamaño oscila entre los 10 y 12 cm. Se encuentran localizados en ambos lados de la columna vertebral, en la región lumbar, entre la onceava y duodécima costillas. Estos órganos son los encargados de mantener un equilibrio interno del organismo, eliminando los productos del metabolismo proteico, regulan el equilibrio químico, electrolítico y líquido en el organismo, secretan hormonas que regulan la presión arterial, específicamente la renina, misma que se encarga de la producción de angiotensina, producen eritropoyetina, que es la hormona encargada de la producción de glóbulos rojos, y controlan la síntesis de la vitamina D y su absorción en el intestino, lo cual contribuye a la regulación del Calcio en la sangre y su adecuado depósito en los huesos, por ende, su mineralización y fortalecimiento. Para realizar sus funciones de filtrado y regulación los riñones utilizan de uno a tres millones de nefronas, estructuras cuya tarea consiste en efectuar las funciones de filtrado y eliminación. A su vez, cada nefrona se encuentra compuesta por el glomérulo, encargado de llevar a cabo la filtración, y un sistema de túbulos, cuya función es recuperar la parte útil de este filtrado y eliminar los desechos mediante la orina, constituida por agua y toxinas (Magaz, 2003).

Se entiende por enfermedad renal crónica (ERC) a la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Se inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finalmente la falla de las funciones hormonales del órgano. A diferencia de la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) en la que el sustratum afecta funcionalmente a la totalidad o casi totalidad de las nefronas, las que siguen una evolución que habitualmente desemboca en la recuperación funcional; en la ERC el reclutamiento es progresivo, hallándose las

nefronas en grados variables de daño estructural y funcional, abonando el concepto de *masa funcional crítica*, que confiere a esta entidad fases evolutivas que van desde la etapa totalmente subclínica hasta el deterioro terminal, conocido como uremia o fase descompensada de características terminales.

De acuerdo a la National Kidney Foundation de Estados Unidos en sus guías K/DOQI (2002) la ERC se define como la presencia de daño renal con una duración mayor a los 3 meses, que se caracteriza por anormalidades estructurales o funcionales con o sin disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG), y que se manifiesta por anormalidades patológicas, en la composición de la orina o en estudios de imagen así como una tasa de filtrado glomerular menor a 60 ml/min/1.73 m² durante un tiempo igual o mayor a 3 meses.

Las guías Canadienses de manejo de la enfermedad renal crónica (Canadian Medical Association, 2008) definen la ERC como la presencia de daño renal por un periodo mayor a los 3 meses. Una Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1.73 es considerado anormal para adultos. Una tasa mayor de 60 ml/min 1.73 m² es considerada anormal si es acompañada por anormalidades de sedimento urinario o resultados de imagen, o en su caso si el pacientes ha tenido biopsia con anormalidades documentadas.

En el buscador electrónico Uptodate en su actualización más reciente (2012) menciona que la presencia de daño renal crónico es detectada a través de la excreción de albumina urinaria de 30 mg/día o más o en su caso la disminución de la función renal, que se define como la tasa de filtrado glomerular menor a 60 ml/min/1.73 m²) por 3 meses o más, independientemente de la causa de falla renal. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada (Soriano, 2004).

Los factores de riesgo para padecer enfermedad renal crónica pueden clasificarse en factores de susceptibilidad, factores iniciadores y factores de progresión. Entre

los primeros, éstos se definen como aquellos que aumentan el riesgo de padecer ERC y entre ellos pueden encontrarse la edad (pacientes mayores de 60 años), historia familiar de insuficiencia renal, masa renal disminuida, bajo peso al nacer, diabetes e hipertensión arterial. En cuanto a los factores iniciadores, éstos son los que se encuentran implicados en el inicio del daño renal, y se pueden mencionar las enfermedades autoinmunes, enfermedades sistémicas, infecciones urinarias, fármacos nefrotóxicos, diabetes e hipertensión arterial. Respecto a los factores de progresión, se trata de los que determinan la progresión de la enfermedad, y entre ellos pueden enumerarse la proteinuria persistente, la hipertensión arterial mal controlada, diabetes con mal control, tabaquismo, dislipidemia y enfermedad cardiovascular asociada (Soriano, 2004).

Otros factores de riesgo a considerar son glomerulonefritis, pielonefritis, poliquistosis renal, poliquistosis, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias, uso de fármacos nefrotóxicos y aproximadamente en un 8.8% de los casos se trata de una enfermedad renal crónica de etiología desconocida (Avendaño, 1997; Soriano, 2004).

Se trata de una enfermedad crónica, que por consiguiente no tiene cura, únicamente se controla mediante el plan de acción adecuado acorde a los criterios de las Guías K/DOQI. Cuando ambos riñones fallan es necesario que el paciente se someta a un tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis o hemodiálisis.

La ERC es una enfermedad progresiva. La National Kidney Foundation en sus Guías K/DOQI (2002) ha propuesto una clasificación de la enfermedad renal crónica, que establece cinco estadios de acuerdo al nivel de filtrado glomerular con la finalidad de unificar criterios de diagnóstico y facilitar el mismo en etapas tempranas. En la tabla 3 se presenta la clasificación de la ERC de acuerdo a las Guías K/DOQI.

Tabla 3.

Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica según las Guías K/DOQUI (2002) de la National Kidney Foundation

Estadio	Descripción	Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²)
---	Riesgo aumentado de ERC	≥ 60 con factores de riesgo
1	Daño renal con Filtrado Glomerular normal	≥ 90
2	Daño renal con Filtrado Glomerular ligeramente disminuido	60 – 89
3	Filtrado Glomerular moderadamente disminuido	30 – 59
4	Filtrado Glomerular gravemente disminuido	15 – 29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

Se dice que es una enfermedad silenciosa, pues sus primeros signos y síntomas pueden presentarse en los últimos estadios. En los exámenes de laboratorio de los pacientes nefrópatas se encuentran elevados los niveles de sodio, potasio, urea (cuyos niveles normales van de 20 – 40 mg/dL), creatinina (hasta 1.3 mg/dL) y nitrógeno uréico (10 – 20 mg/dL) en sangre como resultado de la acumulación de las sustancias de desecho que son productos del metabolismo proteico a consecuencia del fallo en el funcionamiento renal, ya que los riñones no efectúan sus funciones de filtrado y eliminación. Este cuadro se conoce como Síndrome urémico o uremia, y se caracteriza por una sintomatología y signos que abarcan: náuseas, vómito, dolor de cabeza, presión arterial elevada, fatiga, prurito, escarcha urémica, fotor urémico y edema. Asimismo, la ERC suele condicionar la aparición de complicaciones como: anemia, hiperparatiroidismo, pericarditis, derrame pleural, osteodistrofia renal y dolor (Magaz, 2003).

Complicaciones

Las alteraciones de la ERC no se limitan a los síntomas propios del síndrome urémico, sino que además condiciona la aparición de diversas complicaciones que pueden comprometer la vida y la función del paciente. A continuación se hablará de manera breve y general de algunas de dichas complicaciones.

Sobrecarga de volumen. El balance de sodio y el balance de volumen es mantenido por mecanismos homeostáticos hasta que la TFG disminuye de 10 a 15 ml/min.

Anemia asociada a la ERC. La anemia puede ser producida por diversos mecanismos, tales como la deficiencia de hierro, folato y B 12, inflamación sistémica y disminución de la supervivencia de los glóbulos rojos, que se describe como hemólisis secundaria a la disminución de la eritropoyesis. La eritropoyetina es una hormona que se produce en el intersticio de la corteza renal. Otros factores como el acortamiento de la vida media del eritrocito, el hiperparatiroidismo, la fibrosis de médula ósea y las hemorragias contribuyen al mantenimiento de la anemia. Asimismo, los pacientes nefrópatas tienen tendencia al sangrado, además, se presentan alteraciones en la adhesividad y agregación plaquetaria, lo cual contribuye a que el tiempo de sangría se incremente. La anemia en la ERC incrementa la morbilidad y mortalidad en complicaciones cardiovasculares contribuyendo al síndrome cardiorenal (Villegas, 2011).

Acidosis metabólica. Se genera debido a que existe un incremento en la tendencia en la retención de iones hidrógeno entre los pacientes con ERC.

Alteraciones óseas.

Osteodistrofia renal (ODR): Este término se refiere a las alteraciones de la morfología y arquitectura ósea propias de la ERC. El método para realizar el diagnóstico de confirmación es la biopsia ósea.

Alteraciones del metabolismo óseo y mineral asociado a la ERC: Se refiere a las alteraciones bioquímicas, esqueléticas y calcificaciones extra esqueléticas que ocurren como consecuencia de las alteraciones del metabolismo mineral en la ERC. Se denomina «chronic kidney disease mineral and bone disorder» (CKD-MBD) y se manifiesta por una, o más de las siguientes manifestaciones: 1) Anormalidades del calcio (Ca), fósforo (P), hormona paratiroidea (PTH) y Vitamina D; 2) Alteraciones en el remodelado, mineralización, volumen, crecimiento o fragilidad del esqueleto, y 3) Calcificaciones cardiovasculares o de otros tejidos blandos. El inicio del trastorno ocurre a partir de la etapa III. Los cambios en la arquitectura esquelética pueden denominarse como enfermedad ósea de alto y bajo recambio. En prediálisis la enfermedad de alto recambio tiene mayor prevalencia, mientras que la enfermedad de bajo recambio es más prevalente en los pacientes que ya se encuentran en tratamiento de diálisis. Existen otros procesos relacionados con la edad, tales como el incremento de fragilidad ósea o la enfermedad arteriosclerótica, mismos que si bien no puede considerarse asociados directamente a la ERC, pueden coexistir con ella (Lorenzo, Rodríguez, Pérez & Cannata, 2007).

Alteraciones cardiovasculares. La elevación del riesgo cardiovascular asociado a la ERC se ha estimado en una probabilidad de 10 a 100 veces mayor en estos pacientes en comparación con la población no afectada por esta enfermedad. Entre las principales alteraciones cardiovasculares del paciente nefrópata se encuentran la pericarditis, las arritmias, que se relacionan con el comportamiento del potasio, así como la hipertensión arterial, que puede ser causa o consecuencia del fallo renal crónico, ya que se trata de un grupo de pacientes en los cuales se observa un cociente aldosterona/ renina elevado, en la que altos niveles de potasio estimulan la liberación de aldosterona. Los pacientes nefrópatas tienen una menor capacidad de respuesta del sistema renina- angiotensina - aldosterona cuya activación junto a la del sistema nervioso simpático y las alteraciones hidroelectrolíticas propias de la enfermedad incrementan los niveles de presión

arterial (Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), 2007). La insuficiencia cardíaca puede responder a sobrecargas hidrosalinas importantes, a daños valvulares asociados, endocarditis bacteriana o compromiso miocárdico primario, disfunción diastólica o sistólica por hipertrofia y dilatación (Avendaño, 1997).

Dislipidemia. Se trata de la presencia de anormalidades en la concentración de grasas en sangre (Colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL). Es un factor de riesgo mayor para morbilidad y mortalidad cardiovascular y es común entre los pacientes con ERC. La hipertrigliceridemia y elevación del colesterol LDL son proporcionales a la severidad del daño renal. Los pacientes con ERC tienen una reducción en la actividad de la lipasa y lipasa hepática, lo cual interfiere en la absorción de triglicéridos, B apolipoproteína incrementando la circulación estas lipoproteínas aterogénicas (Villegas, 2011).

Desnutrición. Las necesidades nutricionales de los pacientes en los primeros estadios de la ERC son distintas a las de aquellos que se encuentran en terapia sustitutiva de la función renal, por lo que es importante conocer los factores que contribuyen a que el paciente presente malnutrición.

Existen varios indicadores bioquímicos del estado nutricional, entre los cuales la albúmina sérica es el marcador de más fácil acceso en la práctica clínica además de ser un adecuado predictor de morbimortalidad. Otros indicadores son: transferrina, prealbúmina y factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1). La desnutrición en el paciente nefrópata se encuentra determinada por aspectos multifactoriales, entre los que se encuentran la anorexia, que genera una disminución en la ingesta de alimentos, la alteración del sentido del gusto, alteraciones gastrointestinales relacionadas con la uremia, como vómito, diarrea y náuseas, mismas que producen una alteración en la absorción de nutrientes, así como hormonales. Por otra parte se encuentran las patologías concomitantes,

tales como la diabetes mellitus, síndrome nefrótico o el lupus eritematoso sistémico, además de factores socioeconómicos como los escasos recursos del paciente y su familia. Los requerimientos nutricionales deben cumplirse con carbohidratos, grasas y proteínas, vitaminas, minerales como potasio, sodio, calcio, fósforo, hierro, zinc y selenio, y aporte hídrico, aunque es sumamente importante contar en el equipo de salud con un nutriólogo que estructure la dieta del paciente de manera adecuada, pues algunas sustancias como sodio, calcio, potasio o fósforo requieren ser especialmente controladas, pues su déficit o exceso pueden generar complicaciones en la salud del paciente, como problemas cardiovasculares, edema, prurito, calambres o arritmias (National Kidney Foundation, 2008). Cada uno de ellos juega un rol específico, con requerimientos diarios y manifestaciones clínicas diferentes (Villegas, 2011).

Neuropatía urémica. El trastorno del sistema nervioso central y periférico incluye encefalopatía, polineuropatía y mononeuropatía, siendo importantes complicaciones de la enfermedad renal crónica. Alteraciones sensoriales caracterizadas por el síndrome de piernas inquietas y sensación quemantes son sensaciones frecuentes en la neuropatía urémica (Avendaño, 1997).

Tratamiento

En las fases iniciales de la Enfermedad Renal Crónica (estadios 1 al 4), será fundamental realizar cambios en la dieta (disminución de la cantidad de proteínas, sal, líquidos, potasio, fósforo) y suministrar medicamentos para ayudar a retardar o hacer más lenta la progresión de la enfermedad y tratar las condiciones comórbidas, como la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial. En el estadio 5 de la enfermedad será imprescindible comenzar un tratamiento sustitutivo de la función renal. El tratamiento de la enfermedad renal crónica es conservador, es decir, busca prevenir la sintomatología urémica y mantener estable al paciente. El tratamiento generalmente incluye cuatro importantes componentes, mismos que a continuación se enlistan.

Medicamentos. Tienen como objetivo controlar las complicaciones que acompañan a la ERC, específicamente se trata de medicamentos que tratan complicaciones como la hipertensión arterial, la anemia, enfermedad ósea, enfermedades cardiovasculares, trastornos digestivos y enfermedades respiratorias.

Dieta: La dieta en el paciente renal es especialmente importante debido a que ayuda a mantener el balance electrolítico, mineral y líquido del organismo, además, los productos de desecho se pueden acumular entre cada sesión del tratamiento sustitutivo. Los objetivos principales de la dieta son evitar la toxicidad urémica, mantener nutrido al paciente y cuidar la ganancia de peso interdialítico. Ha de cuidarse en particular el consumo de Sodio (lo recomendable es eliminar la ingesta de sal), Potasio, Fósforo y proteínas (National Kidney Foundation, 2009).

Control de líquidos: La ingesta de líquidos va a variar de acuerdo a la diuresis residual del paciente, variando entre 800 mililitros y 1 litro diario, en el cual se incluye el contenido de líquido de los alimentos y el que acompaña a la toma de medicamentos. Es fundamental, dado que los pacientes con ERC ya no eliminan los líquidos del cuerpo de manera natural, por lo que al mantener una ingesta elevada de éstos se favorece el incremento de la presión arterial, la aparición de edema y en casos avanzados, complicaciones como derrame pericárdico o edema pulmonar.

Tratamiento sustitutivo de la función renal. Existen dos alternativas de este tipo de tratamiento, mismo que cumple con la regulación del equilibrio hidroelectrolítico del paciente con ERC, además de la eliminación de productos de desecho, dichas alternativas son la Diálisis Peritoneal (DP) y la Hemodiálisis Hospitalaria. A continuación se describen ambas.

Diálisis Peritoneal.

La diálisis es un procedimiento que permite extraer de la sangre del paciente las sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como el exceso de agua. La diálisis peritoneal (DP) consiste en utilizar el peritoneo o membrana peritoneal, que es la membrana natural que recubre la cavidad abdominal y las vísceras del abdomen. Esta membrana se encuentra altamente vascularizada, dichos vasos sanguíneos aportan la sangre que necesita "limpiarse de toxinas", cumpliendo la función de membrana semipermeable. La diálisis peritoneal consiste en introducir un fluido (dializante) dentro de la cavidad peritoneal a través de un catéter blando tipo Tenckhoff. El líquido dializante se compone de concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo, principalmente por difusión y ósmosis. Por medio de la difusión los solutos se mueven de un área de mayor concentración a una de menor concentración hasta que se alcanza un equilibrio. En la ósmosis, los solventes se mueven a través de una membrana semipermeable desde un área de menor concentración de solutos hacia una de mayor concentración. Se lleva a cabo en tres fases:

Llenado: La solución dializante se encuentra disponible en bolsas llamadas gemelas, una llena de líquido y otra vacía, misma que se utilizará en la fase de drenaje. Las bolsas se conectan al catéter mediante la línea de transferencia del catéter y a través del mismo se introduce el fluido dializante a la cavidad peritoneal a una temperatura cercana a la corporal.

Permanencia: El líquido debe permanecer el tiempo necesario para que pueda realizarse la depuración sanguínea y se realice el cambio o diálisis de sustancias. El tiempo requerido se establece de acuerdo a la prescripción del nefrólogo.

Drenado: Una vez realizado el proceso anterior se retira el líquido dializante de la cavidad peritoneal dejándolo salir hacia la bolsa gemela que anteriormente se encontraba vacía.

Existen tres tipos de DP:

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), misma que se realiza en casa del paciente, una vez que se ha determinado que cumple con las condiciones de vivienda, económicas y de higiene para llevarla a cabo. Se realiza diariamente, aproximadamente cuatro veces al día, cada seis horas en un cuarto especialmente asignado a la DPCA.

Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), la cual se lleva a cabo cuando el paciente no cuenta con las condiciones para realizar la DPCA. Esta modalidad de DP cumple con los mismos principios de la DPCA, sin embargo, se realiza a requerimiento del paciente, por cita en un centro hospitalario de segundo nivel que cuente con dicho servicio.

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), se utiliza una unidad de Diálisis Peritoneal Automatizada, que es un dispositivo médico que tiene como función realizar las tres fases (llenado, permanencia y drenaje) mientras el paciente duerme. En esta modalidad de DP el paciente no drena el último recambio infundido durante la noche, sino que se mantiene todo el día hasta iniciar la terapia (Secretaría de Salud, 2004).

Hemodiálisis.

Se trata de un procedimiento en el cual se produce un intercambio de agua y sustancias de desecho entre la sangre y una solución especial a través de una membrana artificial o filtro dializador. Al paciente se le coloca un acceso vascular, y mediante el mismo se conecta a una máquina de hemodiálisis a través de unos

tubos de plástico llamadas líneas de hemodiálisis, que van conectadas directamente a la máquina y al filtro. Este proceso se lleva a cabo durante aproximadamente 3 a 4 horas, entre 2 y 4 veces por semana y en él, mediante la acción de la máquina, la sangre sale del cuerpo del paciente para llegar al filtro y realizar el intercambio de sustancias y depuración de la sangre, a la vez que la sangre ya dializada regresa al cuerpo en un ciclo de entrada y salida continua (Magaz, 2003).

Aproximadamente un 90% de los pacientes atendidos en el servicio de nefrología del Hospital Juárez de México tienen el diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio 5. La ERC es un problema de salud pública creciente, catalogándose como una enfermedad emergente dado el número creciente de casos, el rezago en la atención, los costos, la mortalidad y los recursos limitados para su atención (Treviño, 2004). En Estados Unidos se estima que existen aproximadamente 20 millones de pacientes con esta condición, mientras que en México existen 102 mil personas con ERC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis (INEGI, 2012). A su vez, se trata del 4º lugar en causas de atención hospitalaria en hombres, el 10º lugar en mujeres y la 3a causa de muerte hospitalaria (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012).

2.1.2 Aspectos psicológicos del paciente con enfermedad renal crónica

Como puede observarse, la ERC es un problema de salud complejo cuya característica es la carga biopsicosocial que implica para el paciente y sus cuidadores, por lo cual se trata de una enfermedad meritoria de atención y abordaje por parte de diversas disciplinas especializadas en salud debido a su complejidad, su comorbilidad y complicaciones asociadas, los elevados costos económicos y sociales, la modificación en las rutinas, el estilo de vida y el elevado requisito de respuesta implicado en el cumplimiento de los múltiples componentes del tratamiento. La literatura de investigación psicológica dirigida al estudio de los pacientes con ERC es hasta cierto punto escasa, sin embargo, durante los últimos años la cantidad de estudios ha crecido, derivado del interés en las respuestas

cognitivas, conductuales y emocionales del paciente como indicadores de la calidad de los tratamientos sustitutivos de la función renal (Pérez, et. al., 2011).

En la década de los años ochenta se produjo un auge de investigaciones encaminadas al estudio del modo en que los factores sociales, económicos y psicosociales afectaban al desarrollo y a la evolución de la ERC. Dichos estudios hacían hincapié en descubrir los problemas asociados a la ERC y sobre todo las causas por las cuales estos pacientes no mostraban una adecuada adherencia terapéutica. Se encontró que las alteraciones psicológicas que se presentaban en mayor medida en los pacientes con ERC eran la depresión y la ansiedad, principalmente asociadas a la no aceptación de la enfermedad y a una actitud evitativa ante los cambios en el estilo de vida necesarios para mantener la enfermedad controlada (dieta, control de la ingesta de líquidos, medicación y tratamiento sustitutivo). Tales desajustes se traducían en comportamientos que afectaban el adecuado curso del tratamiento y fungían como mediadores en la percepción de calidad de vida en los pacientes (Bruce, et. al., 2009; Kimmel, Cohen & Peterson, 2008; Kimmel & Peterson, 2005).

En este grupo de pacientes los estudios han dirigido su interés principalmente a variables psicológicas tales como la calidad de vida relacionada con la salud, depresión y ansiedad, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y aspectos psicológicos del tratamiento sustitutivo.

En cuanto a la calidad de vida se ha encontrado que los principales aspectos que afectan de manera negativa a los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal se relacionan con una elevada sobrecarga de la enfermedad en la vida del paciente, así como con la interferencia del padecimiento en las diversas actividades como la escuela, el trabajo, las actividades del hogar y el esparcimiento, sobre todo cuando el paciente debe modificar dichas actividades de manera radical en aras de mantener controlada la enfermedad; la función física y la salud en general, así como la comorbilidad, además de que la percepción de un adecuado apoyo social se relaciona con una apreciación de mejor calidad de

vida (Cunha, et. al., 2011; Sandoval, Ceballos, Navarrete, González & Hernández, 2007; Joshi, Mooppil, Lim, 2010). Asimismo, De la Cruz y Valencia (2010) encontraron que la calidad de vida se asocia con la salud física y mental, y que los pacientes perciben como días de mayor calidad aquellos en los que existe bienestar físico y psicológico, en los cuales pueden llevar a cabo sus tareas cotidianas, tienen oportunidad de brindarse autocuidado, descansar, sentirse tranquilos, inmiscuirse en actividades de esparcimiento y sobre todo cuando gozan de mayor independencia y autonomía para poder realizar todo lo anterior.

Por otra parte, también se ha encontrado que cuando se compara la percepción de calidad de vida entre grupos de edad (mayores de 65 años versus menores de 65 años), son los pacientes denominados “añosos” en quienes se registra una menor pérdida de la calidad de vida en cinco dimensiones: Funcionamiento Físico, Salud General, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental, sobre todo cuando se encuentran recibiendo tratamiento sustitutivo de la función renal aunque los autores no mencionan a qué factores puede atribuirse dicha percepción (Rebollo, González, Bobes, Saiz & Ortega, 2000). Los anteriores estudios coinciden en señalar que la calidad de vida es subjetiva, que depende de la escala de valores del sujeto y que es mayor a medida que los pacientes se sienten autónomos y dependen en menor medida de sus cuidadores, así como cuando el tratamiento y el padecimiento les permiten llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Respecto a las variables depresión y ansiedad se ha encontrado que éstas se relacionan con el alto impacto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente, vinculándose con la percepción de muerte inminente, además del impacto emocional que supone la enfermedad misma, el cambio radical en el estilo de vida, las hospitalizaciones y el régimen nutricional y en cuanto a la restricción de líquidos (Feroze, Martin, Reina, Kalantar & Kopple, 2010).

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal por hemodiálisis presentan niveles de depresión mayores que aquellos que se encuentran en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, sin embargo, estos últimos presentan niveles más elevados de ansiedad, dado que por la naturaleza del tratamiento son considerados por el equipo de salud como personas con una adecuada capacidad para adherirse al tratamiento y llevarlo a cabo de manera adecuada, sin embargo, dichas demandas sociales pueden conducir al miedo a fracasar en el tratamiento y por ende, convertirse en una fuente de ansiedad para estos pacientes (García & Calvanese, 2007; Arenas, et. al., 2007).

Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, (2009) informan que los pacientes con ERC en cualquiera de los tratamientos sustitutivos deben atravesar una fase de ajuste psicológico, por lo que es frecuente que presenten trastorno adaptativo mixto, sin embargo, a medida que transcurre el tiempo, los niveles de depresión y ansiedad tienden a decrementar dado el proceso de adaptación al tratamiento. Dichos autores mencionan que la razón por la cual los pacientes en tratamiento de hemodiálisis suelen tener niveles más elevados de depresión se debe a que dada la naturaleza del tratamiento en el cual debe acudir frecuentemente a una institución hospitalaria a hemodializarse no pueden integrarse de lleno a la vida laboral, no cuentan con un empleo estable, dependen de su familia y únicamente alcanzan a cubrir los gastos del tratamiento, generando problemas económicos, y ello los predispone a presentar un estado de ánimo de predominio depresivo. Asimismo, contrario a lo que plantean Rebollo, González, Bobes, Saiz y Ortega (2000), estos autores señalan que los pacientes de la tercera edad suelen presentar niveles más elevados de ansiedad y depresión, dado que perciben una menor funcionalidad física propia de la enfermedad y de la edad, son más dependientes de los cuidadores, disminuyendo las actividades sociales, laborales y cotidianas, lo cual deriva en una visión deteriorada sobre sí mismos.

Esquivel, et. al. (2009) mencionan que un factor que promueve la aparición de depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis son, tanto la pobre esperanza de vida como otras alteraciones médicas que pueden aparecer en el curso de la enfermedad, tales como la infección del catéter o la exacerbación de las secuelas de la cardiopatía isquémica. Abdel, Unruh & Weisbord (2009) agregan que no sólo los factores mencionados se encuentran implicados en el desarrollo de la ansiedad y la depresión en estos pacientes, sino que la misma pérdida de la función renal puede ser un factor relevante, y en el caso de los pacientes que se encuentran en estadios tempranos, el hecho de saber que podrían requerir tratamiento sustitutivo también puede originar ansiedad y depresión.

En lo concerniente a los estilos de afrontamiento, Acosta, Chaparro y Rey, (2008) compararon los estilos de afrontamiento de pacientes en diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante, encontrando que los pacientes trasplantados en comparación con los que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal tienden a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas, buscando alternativas de solución encaminadas a mejorar los síntomas de la enfermedad y a evitar la situación amenazante que se presentó con la enfermedad. Las autoras mencionan además que los pacientes que han recibido cualquiera de los tres tratamientos emplean estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social satisfactorio por parte de la familia, lo cual se traduce en un manejo adecuado de las emociones.

Asimismo, los pacientes también utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la religión, con lo cual se permiten comprender y aceptar las dificultades. Respecto a los grupos de edad, señalan que los pacientes en etapa de adultez media y tardía tienden a emplear la reevaluación positiva, lo cual les permite conceptualizar la enfermedad como una oportunidad de enriquecimiento personal, sin embargo, Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) mencionan al respecto que las estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en la religión,

en las cuales el paciente tiende a esperar y rogar por la salud sin orientarse a resolver problemas se relacionan con un mayor deterioro físico, mayor intensidad del dolor, menor actividad física y elevados niveles de ansiedad. Estos autores coinciden en puntualizar el papel que funge el estilo de afrontamiento activo centrado en la resolución de problemas sobre la calidad de vida de los pacientes.

En lo que respecta a la adherencia terapéutica, Torres (2010) menciona que una de las variables más importantes en la adherencia al tratamiento se relaciona con el conocimiento de la enfermedad y la comprensión de la información que le proporciona el médico. La complejidad del tratamiento, las múltiples acciones que debe llevar a cabo el paciente y la familia y los cambios que debe hacer pueden generar ansiedad, misma que obstaculiza la adecuada ejecución de las conductas de cuidado, los trámites y las instrucciones a seguir, por lo cual la educación sobre la enfermedad, el tratamiento y las implicaciones se vuelve fundamental. Esta autora también refiere que niveles elevados de depresión se relacionan con la presencia de desesperanza, lo cual puede llevarlos a faltar a las citas médicas de seguimiento o a las sesiones del tratamiento sustitutivo, además de que en algunos casos no desean ser llevados por la familia a la institución de salud, conducta que se encuentra mediada por distorsiones cognitivas que los hacen no desear seguir viviendo en dichas condiciones, por lo que sugiere que antes de trabajar con la adherencia terapéutica se trabaje con la depresión.

Se ha encontrado que aquellos pacientes con una mejor tasa de adherencia también tienen una percepción de mejor calidad de vida, conservan mejor la función social, la salud mental y refieren menos dolor (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006; Leggat, 2008).

Respecto a los aspectos psicológicos de los tratamientos sustitutos de la función renal, en el caso de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, factores como las habilidades previas para manejar situaciones adversas, los recursos cognitivos del paciente, la tolerancia a la frustración y a los estresores ambientales y el apoyo

social son determinantes en el éxito de dicho tratamiento, pues permitirán al paciente ajustarse de manera eficaz a la ejecución correcta del procedimiento sistematizado que conlleva realizar dicho tratamiento (Gonsalves, 1982). Por otro lado, en aquellos contextos en los cuales el paciente tiene la oportunidad de elegir el tratamiento sustitutivo que desea recibir no se ha encontrado que la presencia de ansiedad o depresión influyan en la selección del tratamiento, sin embargo, sí pueden interferir en otras decisiones, como la permanencia en el mismo y la adherencia terapéutica. Asimismo, pacientes con actitudes pesimistas o retraídas respecto al tratamiento pueden beneficiarse de programas educativos que les permitan conocer mejor los beneficios y riesgos de cada uno de ellos (Clemente, et. al., 2010).

Por otra parte, cuando se comparan las implicaciones psicológicas de la DPCA versus la hemodiálisis se encuentra que los pacientes con diálisis peritoneal cuentan con mayor autonomía, se involucran en más actividades, se perciben más apoyados por su familia y establecen mejores relaciones con las personas cercanas, lo cual se deriva en un mayor bienestar psicológico que aquellos pacientes en tratamiento de hemodiálisis (Burton, 2011).

Como puede observarse, las implicaciones psicológicas de la Enfermedad Renal Crónica se encuentran estrechamente vinculadas a las situaciones médicas, económicas y sociales derivadas de la enfermedad, por lo cual se vuelve determinante abordar la problemática desde un punto de vista biopsicosocial que pueda ofrecer una mayor atención a los problemas psicológicos del paciente renal.

El psicólogo, en este caso el que se encuentra especializado en medicina conductual puede tratar las implicaciones psicológicas de la enfermedad, además de ayudar a identificar los factores conductuales que pudieran exacerbar la enfermedad, además de realizar intervenciones en aras de favorecer la adaptación del paciente al padecimiento y al tratamiento, (Domínguez, et. al., 2011; García,

2011). Hablando específicamente del servicio de nefrología donde se realizó la rotación los objetivos del residente de medicina conductual son los siguientes:

- Brindar atención a pacientes nefrópatas a nivel intrahospitalario, así como en el proceso de tratamiento para la enfermedad.
- Desarrollar herramientas que les permitan a los pacientes ajustarse a la enfermedad en su vida cotidiana, fomentando la adherencia terapéutica, y fortaleciendo las conductas de autocuidado
- Brindar apoyo psicológico abordando los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la enfermedad médica, tanto en el paciente como en sus familiares.
- Brindar preparación psicológica ante los procedimientos médicos y durante los mismos.
- Fomentar el desarrollo de la consciencia de enfermedad a través de la información y la resolución de dudas.
- Poner en marcha acciones preventivas en pacientes que se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad para retrasar el inicio del tratamiento sustitutivo.

A continuación se presenta el informe de dos casos destacados durante la primera rotación, en donde se muestra el trabajo realizado con pacientes del servicio de nefrología, pero antes de ello se expone un apartado en donde se describen de manera breve algunas de las limitaciones y aportaciones que realiza este tipo estudio.

Aportaciones y limitaciones de los estudios de caso

Murillo (s.f) menciona como principales características de los estudios de caso las siguientes:

- Adecuado para el estudio de fenómenos en los cuales se busca responder a las interrogantes de cómo y por qué suceden.
- Brinda la posibilidad de estudiar fenómenos desde múltiples perspectivas, y no sólo desde la influencia de una sola variable.
- Se puede obtener conocimiento más profundo sobre las variables relacionadas con el fenómeno, lo cual permite obtener a su vez mayor conocimiento sobre temas en los que se ha estudiado poco.

Sin embargo, este tipo de estudios cuenta con algunas limitaciones y quizá en la que se hace mayor hincapié es en la relacionada con la problemática asociada a la generalización de los resultados que se obtienen a partir de un número limitado de casos estudiados, mismos que no representan una muestra estadísticamente significativa (Villarreal & Landeta, 2010). Gummesson (1991) y Hamel (1993) agregan además que por ello el estudio de casos carece de validez estadística y de representatividad del objeto de estudio, y que, aunado a lo anterior, este tipo de estudios son útiles para generar hipótesis, pero no para probarlas. Yin (1998) por su parte debate estas posturas, afirmando que los diseños de caso único resultan útiles para ilustrar un marco teórico o representarlo, más que para enumerar frecuencias en un grupo experimental, como sucede en los ensayos clínicos aleatorizados. El autor además explica que la generalización en estos casos no radicaría en extender los resultados a una población, sino en la extensión de la teoría a casos específicos. Por otra parte, Villarreal y Landeta (2010) mencionan que otra crítica que se le imputa a este tipo de estudios es el hecho de que con ellos se genera una gran cantidad de información que no siempre resulta manejable para ser sistematizada, sin embargo los mismos autores comentan que eso depende básicamente de las habilidades del investigador. Por su parte, Murillo (s.f) menciona que la complejidad de un caso por sí sólo puede perjudicar el análisis debido a que en este tipo de estudios el investigador conoce y es

consciente de las conexiones entre diferentes variables, por lo que todo parece ser relevante, por ello es importante mostrar las conexiones entre dichas variables, pero identificando aquellos aspectos que resultan ser los más importantes en el caso.

Aún con las consideraciones anteriores, los estudios de caso ofrecen ventajas. Murillo (s.f) señala que el caso clínico es una forma de profundizar en el proceso de la investigación partiendo de unos primeros datos analizados, y que además resulta apropiado para realizar investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado en tiempo, espacio y pacientes, convirtiéndolo en un método abierto a diversas condiciones personales e institucionales. Asimismo favorece el trabajo cooperativo e interdisciplinario. El mismo autor señala además, que este tipo de estudios se deriva de las prácticas y experiencias de las personas, por lo que se encuentran fuertemente basados en la realidad, por lo cual pueden ser vinculados con la acción y contribuir a cambiar la práctica. Además pueden ofrecer fuentes de datos de los que se pueden realizar análisis posteriores y futuros trabajos de investigación.

Martínez (2006) señala al estudio de caso como una herramienta valiosa, cuya mayor fortaleza radica en que mediante el mismo se mide y se registra la conducta de las personas. Asimismo, en esta metodología, los datos pueden obtenerse a partir de una variedad de fuentes, mismas que pueden ser tanto cuantitativas como cualitativas, es decir, instrumentos psicométricos, registros de conductas, entrevista directa, observación del participante y archivos (Chetty, 1996).

2.2 Formulación de caso clínico 1

EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN EN VIVO,
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y LA REESTRUCTURACIÓN
COGNITIVA SOBRE LA ANSIEDAD OCASIONADA POR EL CATÉTER
MAHURKAR EN UN CASO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Identificación del paciente

Ficha de identificación

Nombre: E.B.R

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Número de hijos: 0

Lugar de origen y residencia: Estado de México

Escolaridad: Cursa tercer semestre de carrera técnica en Asistente Empresarial

Ocupación: Estudiante

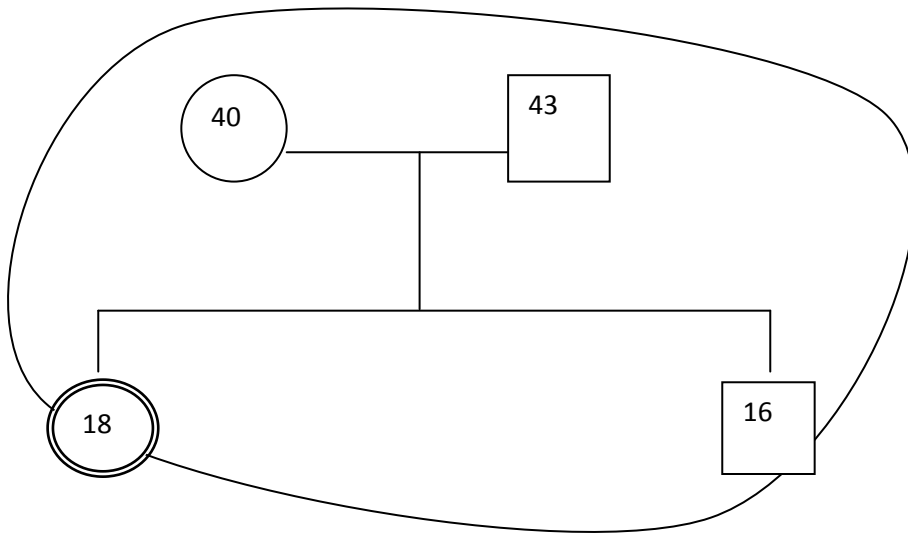
Religión: Católica

Nivel cultural/socioeconómico: Medio-bajo

Dx.: ERC 5

Tratamiento: Sustitutivo de la función renal con Hemodiálisis desde junio de 2011.
Con catéter Mahurkar yugular del lado derecho.

Familiograma



Examen del estado mental

Paciente femenino de 18 años de edad con apariencia acorde a la edad cronológica, en condiciones adecuadas de higiene y aliño, con catéter Mahurkar subclavio. De constitución ectomórfica, alineada con las reglas sociales. Orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje coherente y congruente, con entonación, velocidad y volumen adecuados, pensamiento abstracto, distorsión cognitiva de tipo pensamiento catastrófico e ideas anticipatorias. Memorias conservadas, juicio sin alteraciones. No hay alteraciones en la sensopercepción. Impresiona con inteligencia promedio. Afecto distímico con tendencia a la tristeza, estado de ánimo de predominio ansioso. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en el problema. Apoyo social percibido adecuado a nivel instrumental e insuficiente a nivel afectivo. Apoyo social real suficiente a nivel instrumental, insuficiente a nivel afectivo. Paciente con noción de enfermedad.

Antecedentes Heredofamiliares

Abuela materna fallecida por complicaciones de Diabetes Mellitus Tipo II

Resto de antecedentes interrogados y negados

Antecedentes Personales Patológicos

Interrogados y negados

Antecedentes Personales No Patológicos

Habita casa propia con todos los servicios de urbanización; hábitos higiénicos buenos, hábitos alimenticios regulares en calidad, buenos en cantidad.

Escolar: Se encuentra cursando el tercer semestre de la carrera técnica de Asistente Empresarial. Refiere ser buena estudiante, tener un buen promedio de calificaciones y disfrutar asistir a la escuela. Comenta que posteriormente le gustaría estudiar la carrera de Derecho.

Social: Refiere desde pequeña tuvo facilidad para relacionarse con las personas y contar con amigos, principalmente sus compañeros de escuela, sin embargo, a partir de su padecimiento y la colocación del catéter se le dificulta relacionarse con otras personas por temor a que cuestionen su enfermedad y vean el acceso vascular.

Familiar: Vive con sus padres y su hermano menor, con quienes mantiene una relación distante. Comenta que su madre se niega a acompañarla a sus sesiones de Hemodiálisis argumentando falta de tiempo. Con su padre refiere tener una relación más cercana, mientras que con su hermano mantiene una relación conflictiva, pues a éste le gusta burlarse de ella y de su padecimiento.

Análisis del motivo de consulta

Al momento del comienzo de la rotación interna en el área de Hemodiálisis de Nefrología (en noviembre de 2011) se realizó la entrevista psicológica de primera vez con la paciente y se exploraron sus necesidades en cuanto al trabajo con medicina conductual. E.B.R manifestaba que a partir de que se le colocó el catéter para comenzar su tratamiento sustitutivo sentía miedo de relacionarse con los demás, pues temía que le preguntaran sobre su padecimiento o se burlaran del catéter Mahurkar, por lo que prefería evitar las situaciones de tipo social en las

cuales estuvieran presentes desconocidos, e incluso comenzó a alejarse de sus amigos. La paciente presentaba ansiedad e incomodidad intensos antes y durante las situaciones temidas, como exponer en clase, salir al receso, acudir a lugares concurridos y convivir con el grupo de amigos, lo cual la llevaba a evitarlas o escapar de ellas, con verbalizaciones como “me da pena que me vean el catéter, me pongo nerviosa cuando estoy frente a la gente y a veces prefiero no salir”. Presentaba ideas anticipatorias acerca de lo que las personas pensarían de su padecimiento o su catéter, expresando pensamientos como “me da miedo que me pregunten sobre mi enfermedad y se burlen, o les provoque asco o molestia el catéter. Yo creo que nunca le voy a gustar a ningún niño porque nadie va a querer andar con una persona como yo, y yo creo que cuando alguien voltea a verme lo hace para burlarse” Su vestimenta cambió, llevando consigo chamarras o bufandas que ocultaran el catéter, aún en días calurosos, lo cual según sus palabras le resultaba incómodo y afectaba su calidad de vida, pues según comentaba, no podía vestirse de acuerdo a sus gustos y el calor le ocasionaba sed y deseos de consumir líquidos, por lo que aunque su adherencia terapéutica era adecuada se volvía más difícil el control de los mismos, necesario para mantener sus pesos interdialíticos.

Historia del problema

Las manifestaciones clínicas del padecimiento médico inician en mayo de 2011, momento en que la paciente presentó astenia, adinamia, náusea, vómito, anemia y mal estado general, a lo cual los padres la llevaron con un médico de primer contacto, quien los canalizó al Hospital Juárez de México, al cual la paciente ingresó por el servicio de urgencias con síndrome urémico, a lo cual se solicitó la atención por parte del servicio de nefrología, en donde se integró el diagnóstico de enfermedad renal crónica. Cabe destacar que durante dicha hospitalización, que duró dos días se abordó a la paciente por parte de medicina conductual y debido a la corta duración de la estancia únicamente se pudo brindar psicoeducación, así como la implementación de la técnica de resolución de problemas, pues en ese momento los padres de la paciente no sabían cómo iban a afrontar

económicamente la necesidad del tratamiento sustitutivo que ya había sido indicado, siendo éste diálisis peritoneal intermitente, puesto que no se cumplieron las condiciones económicas y de vivienda para indicar diálisis peritoneal continua ambulatoria. La resolución había sido buscar la afiliación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, misma que no consiguieron pronto, por lo que ante la urgencia de recibir el tratamiento acudieron con trabajo social del servicio de nefrología para ser atendidos en el área de hemodiálisis mientras conseguían asegurar a la paciente, lo cual fue aceptado por parte del equipo médico y trabajadores sociales, de modo que le fue colocado el catéter venoso central por vía subclavia de tipo Mahurkar para iniciar tratamiento. La paciente refería que a partir de que se le informó que esto sería permanente comenzó a sentirse ansiosa y preocupada por la visibilidad de dicho dispositivo, así como de los cambios que el tratamiento traería a su vida, sin embargo estos aspectos no los trabajó con la residente de medicina conductual que en ese período se encontraba rotando en hemodiálisis, por lo que al efectuarse la rotación, éste se convirtió el objetivo del tratamiento. Durante la evaluación psicológica se detectaron variables que originaban y mantenían el problema, mismas que se resumen en el mapa secuencial integrativo que se muestra en la tabla 4.

Selección de las herramientas de evaluación

Inventario de ansiedad de Beck (BAI, ver anexo 1). Se trata de un instrumento autoaplicable, que consiste en 21 reactivos que describen diferentes síntomas fisiológicos y emocionales de la ansiedad, con cuatro opciones de respuesta que van de *poco o nada* a *severamente*. Cada opción de respuesta se puntúa de 0 a 3 y para calificarlo se suman todos los ítems. Los puntos de corte son los siguientes:

Puntajes:

0-5 Ansiedad mínima

6-15 Ansiedad leve

16-30 Ansiedad moderada

31-63 Ansiedad severa

Este instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94 (Beck, 1993).

Los resultados mostraron un puntaje de 17, equivalente a ansiedad moderada.

- Registro del nivel de ansiedad antes, durante y después de la exposición, en una escala del 0 al 10, donde 0 es “no tengo ansiedad” y 10 es “me siento muy ansiosa”, con un formato como el siguiente:

Situación	Antes	Durante	Después

- Registro de pensamientos: Se solicitó que para entrenar la reestructuración cognitiva se llevara a cabo un registro de pensamientos alternativos, en el siguiente formato:

Pensamiento	Emoción	Porcentaje	Pensamiento alternativo	Emoción	Porcentaje

Se le pidió a la paciente que para generar los pensamientos alternativos se basara en las ideas discutidas durante la sesión de reestructuración cognitiva.

- Registro de conductas sociales. Con base en una lista de conductas sociales deseadas por la paciente se elaboró un formato de registro en forma de lista de chequeo en donde anotara las conductas que iba desarrollando poco a poco cada vez que se presentaba la oportunidad. Se pidió a la co-terapeuta que ayudara registrando simultáneamente las conductas que la paciente llevaba a cabo para triangular la información y corroborarla, de tal suerte que fungiera como una validación por terceros.

Esto se registró en un período de 2 meses posteriores al término del tratamiento.

- Para obtener valores de referencia de dichas conductas se solicitó a la paciente que elaborara un registro retrospectivo del número de ocasiones en que se habían llevado a cabo las conductas durante los dos meses anteriores.

Conducta	Realizada/ realizada	No
Mantenerse en el círculo de amigos sin escapar		
Salir con ropa que le gustara sin taparse el catéter		
Conversar con los amigos		
Exponer en clase sin ocultar el catéter		
Sentarse en el transporte público con desconocidos		
Responder preguntas sobre su enfermedad		
No esconderse cuando se percatara de que alguien (conocido o desconocido) la miraba fijamente		
Salir con amigos		

Tabla 4.

Mapa secuencial integrativo del caso

Estímulo	Variables Organísmicas	Respuesta	Consecuencias
Situaciones sociales Lugares <ul style="list-style-type: none"> - Escuela - Calle - Sitios concurridos - Salas de espera del Hospital Juárez Momentos <ul style="list-style-type: none"> - A la hora de exponer en clase - A la hora del receso - Mientras esperaba su hemodiálisis Personas <ul style="list-style-type: none"> - Desconocidos - Grupo de amigos - Compañeros de escuela 	Enfermedad renal crónica Presencia de catéter subclavio de tipo Mahurkar Conductas, pensamientos y emociones funcionales <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de autoobservación - Cooperadora y proactiva - Buena actitud hacia el tratamiento psicológico - Adecuada adherencia terapéutica al tratamiento médico y psicológico Conductas, pensamientos y emociones no funcionales <ul style="list-style-type: none"> - Poca tolerancia a la frustración 	Cognitivas <ul style="list-style-type: none"> - Ideas anticipatorias - Pensamiento catastrófico relacionado con la percepción de los otros respecto al catéter: “les da asco o molestia”, “nunca tendré novio, nunca nadie me va a querer” Conductuales <ul style="list-style-type: none"> - Evitación o escape de las situaciones sociales - Aislamiento - Ocultar el catéter con las prendas de vestir Emocionales <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Temor a ser criticada y/o cuestionada sobre su enfermedad - Temor a hablar sobre su padecimiento - Tristeza - Vergüenza 	Tranquilidad inmediata al escapar de las situaciones Deterioro en la calidad de la relación con sus amigos. Reducción de la interacción social Dificultad para entablar relaciones interpersonales Malestar clínicamente significativo
<hr/> Historia del problema: Inicia en mayo de 2011 cuando se le coloca el Catéter Marhurkar para Hemodiálisis <hr/>			

Análisis Funcional de la Conducta

Ante las situaciones sociales que implicaban la visibilidad del catéter y en las que debía exponerse a la presencia de otras personas frente a las que se sentía evaluada, fueran conocidos, como los compañeros de clase o los amigos, o desconocidos, tenían lugar distorsiones cognitivas e ideas anticipatorias que actuaban como principal variable que condicionaba la aparición de respuestas emocionales como ansiedad, temor a ser criticada y tristeza, lo cual ocasionaba una evitación o un escape de tales situaciones, lo cual inicialmente ayudaba a generarle tranquilidad, sin embargo, a largo plazo las consecuencias fueron más negativas, pues la relación con las amistades se deterioraba debido a su aislamiento y no podía entablar fácilmente nuevas relaciones sociales, además de que se presentaba un cambio en la manera de vestir, que adicionalmente generaba condiciones corporales (calor, sed) que podían dificultar la adherencia terapéutica, además de la incomodidad de la paciente al no poder portar las prendas que le agradaban y que se encontraban acordes a su edad cronológica. Todo lo anterior condicionaba la aparición de un malestar clínicamente significativo.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Con base en el Análisis Funcional de la Conducta se determinó que el problema principal en el caso de la paciente E.B.C se encontraba en la ansiedad experimentada antes y durante el momento de exponerse a situaciones en donde el catéter Mahurkar fuese visible, además de las atribuciones que hacía a los otros respecto a lo que éstos opinaban del dispositivo. Por lo anterior los objetivos terapéuticos se centraron en reducir los niveles de ansiedad ante la exhibición del catéter, de modo que la paciente pudiera lograr salir con él a la vista, interactuar con otros sin sentir dicha ansiedad, exponerse a situaciones sociales que implicaran la visibilidad sin ejecutar conductas de escape y evitación y volver a utilizar la ropa que le resulta grata sin necesidad de tapan el catéter con las prendas de vestir.

Selección y aplicación de los tratamientos más adecuados.

El tratamiento más adecuado para este caso se seleccionó en primer lugar, con base en la revisión de la literatura científica disponible, encontrando que la exposición en vivo es una técnica frecuentemente utilizada en el manejo de la ansiedad ante situaciones sociales. Antes de reseñar los estudios encontrados cabe señalar que no existe literatura científica en donde se aborde específicamente la ansiedad ocasionada por la portación del catéter Mahurkar, pero sí se dispone de literatura en la cual se estudian los efectos del manejo cognitivo conductual dirigido a la ansiedad ocasionada por situaciones de tipo social, como las referidas por la paciente. Anderson, Zimand, Hodges y Rothbaum (2005) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado para tratar la ansiedad ocasionada por hablar en público en el cual utilizaron la técnica de exposición mediante realidad virtual, durante cuatro sesiones, en las cuales midieron los niveles de ansiedad ante el hecho de hablar en público de 10 pacientes mediante autorregistros pre y post tratamiento, así como tres meses después del mismo. Los resultados muestran una disminución de la ansiedad en los registros de los participantes después del tratamiento, manteniéndose durante el seguimiento. Por su parte, Anderson, Zimand, Schmertz y Ferrer (2007) llevaron a cabo un estudio con diez participantes en el cual utilizaron exposición mediante realidad virtual, psicoeducación y terapia cognitiva para el manejo de la ansiedad por hablar en público. Realizaron la evaluación mediante una entrevista clínica estructurada. Encontraron que los participantes expresaron después del tratamiento menor ansiedad y satisfacción con el tratamiento implementado.

García y Olivares publicaron una revisión sistemática sin meta análisis en el que incluyeron 24 estudios en los cuales se evaluaba la eficacia de la exposición mediante realidad virtual aplicada a la fobia social. En esta revisión se concluye el uso de dicha técnica constituye una herramienta útil y novedosa en el tratamiento de la ansiedad ante situaciones de tipo social.

Por su parte, Feske y Chambless (1995) realizaron un meta análisis con un total de 19 estudios para comparar la efectividad de la exposición en vivo versus

terapia cognitivo conductual, en la que además se incluyeran técnicas conductuales y otras como la reestructuración cognitiva para el manejo de la ansiedad ante situaciones sociales. No se encontraron diferencias significativas entre el uso de la terapia cognitivo conductual y el uso de la exposición en vivo como única técnica.

Otros autores como Clark, et al (2003) han realizado estudios en los cuales comparan técnicas cognitivo conductuales contra tratamiento farmacológico. En concreto efectuaron un estudio en el cual se compararon los resultados del uso de terapia cognitiva, fluoxetina más exposición en vivo y placebo más exposición en vivo en casos de ansiedad ante situaciones sociales, encontrando que la efectividad de la terapia cognitiva fue mayor a la de los otras dos modalidades de tratamiento, y que a su vez no existieron diferencias entre el tratamiento que involucraba al fármaco y el que utilizó placebo.

Fedoroff y Taylor (2001) llevaron a cabo un meta análisis para comparar la efectividad de los tratamientos psicológicos versus farmacológicos en el manejo de la fobia social y ansiedad ante situaciones sociales en el cual incluyeron 108 ensayos clínicos aleatorizados. En él se compararon las siguientes condiciones: grupo en lista de espera, placebo, benzodiazepinas, fármacos inhibidores de la recaptura de la serotonina, inhibidores de la monoamino oxidasa, exposición en vivo, reestructuración cognitiva, exposición en vivo más reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación. En este estudio la terapia farmacológica mediante benzodiazepinas y fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina resultaron ser los más efectivos.

García, Rosa y Olivares (2002) publicaron un estudio de caso en el cual aplicaron un tratamiento cognitivo conductual diseñado inicialmente para ser aplicado en grupo a un paciente con ansiedad ante situaciones sociales, diagnosticado con fobia social generalizada y comorbilidad con trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo compulsivo y episodio depresivo mayor. El tratamiento constó de 16 sesiones y estuvo constituido por entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y

exposición en vivo. Se realizaron medidas pre tratamiento, post tratamiento y a un año de seguimiento, encontrando que tras la aplicación del tratamiento se produjo una reducción clínicamente significativa de las respuestas de ansiedad social.

Taylor (1996) realizó un meta análisis con 42 ensayos clínicos aleatorizados acerca de tratamientos encaminados al manejo de la ansiedad ante situaciones sociales y fobia social. En estos ensayos se compararon las siguientes condiciones: grupo en lista de espera, exposición en vivo y exposición como tarea para casa, reestructuración cognitiva sin exposición en vivo y reestructuración cognitiva más exposición, más entrenamiento en habilidades sociales. La exposición en vivo combinada con reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales resultó ser el tratamiento con mejores resultados.

Moreno, Méndez y Sánchez (2000) realizaron un a revisión meta analítica de tratamientos cognitivos y conductuales para la ansiedad ante situaciones sociales. Se incluyeron 39 estudios en los cuales los tratamientos más contrastados fueron la exposición en vivo, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, tanto utilizados solos como utilizados como parte de un paquete multicomponente. Se concluye que el uso de estas técnicas es efectivo y que dicha eficacia no difiere entre los paquetes multicomponentes y cuando las técnicas se utilizan solas.

En segundo lugar, se eligió el tratamiento con base en las condiciones de la sede hospitalaria que permiten la aplicación de las técnicas más referidas en la literatura, así en las características del caso, en el cual sí resultó posible aplicar la exposición en vivo, dado que dentro de la jerarquía de estímulos evocadores de ansiedad manifestada por la paciente se encontraban situaciones vinculadas al nosocomio.

Por lo anterior se diseñó un programa de intervención multicomponente integrado por las técnicas de exposición en vivo, reestructuración cognitiva y entrenamiento

en habilidades sociales, siendo dichas técnicas las más estudiadas en la literatura disponible. El tratamiento se estructuró como se muestra a continuación.

Primera sesión, segunda y tercera sesión

Objetivo: Recabar información sobre el problema.

Durante la primera sesión se aplicó una entrevista breve semiestructurada en donde se interrogó sobre antecedentes, conductas y consecuencias con la finalidad de obtener información para integrar el análisis funcional de la conducta. Dada la información que se fue recabando se solicitó a la paciente que la próxima sesión llevara a un familiar cercano para que éste pudiera fungir como coterapeuta.

Cuarta sesión.

Objetivo: Presentar a la paciente el análisis funcional de la conducta, establecer metas de tratamiento y aplicar instrumento psicométrico.

Durante la segunda sesión se presentó el análisis funcional de la conducta, se establecieron objetivos de tratamiento, se muestra y explica a la paciente y a su familiar (prima) la propuesta de tratamiento, explicando a la paciente y a su familiar las técnicas en las que consistiría, enfatizando la utilidad de las mismas y cómo actuarían respecto a la reducción de la ansiedad. Del mismo modo, se solicitó a la prima de la paciente que además es su compañera de escuela que fungiera como co-terapeuta para acompañar a la paciente durante la exposición en vivo a realizarse en el contexto diario, tanto en casa como en la escuela. La paciente acude a su tratamiento de hemodiálisis en el último turno, que comienza a las 17:00 hrs., por lo que se citó dos horas y media antes de comenzar su turno para poder implementar la exposición en vivo de manera prolongada y contar con el tiempo para que media hora antes se llevaran a cabo las sesiones de reestructuración cognitiva.

Asimismo, durante la segunda sesión se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck para establecer una puntuación basal de la ansiedad de la paciente.

Quinta, sexta, séptima, octava y novena sesión.

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la exposición en vivo a los estímulos ansiógenos.

Durante dichas sesiones se aplicó la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta, para lo cual la paciente elaboró una lista de estímulos evocadores de ansiedad dentro del hospital, que posteriormente se jerarquizó, para que de esta manera la paciente fuera expuesta a ellos, registrando en una escala de 0 a 10 el nivel de ansiedad antes, durante y después de la exposición. En la tabla 5 se muestra la lista de estímulos jerarquizados.

Tabla 5.

Jerarquía de estímulos evocadores de ansiedad dentro del hospital.

Jerarquía de estímulos ansiógenos

- Encontrarse en la sala de espera del hospital sin ropa que le cubra el cuello
 - La entrada del hospital, donde hay mucha gente
 - La sala de espera de hemodiálisis
-

Se acordó que los días en los que le correspondía acudir a hemodiálisis llegaría con dos horas y media de anticipación al nosocomio para utilizar media hora en reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades sociales y dos horas en la exposición en vivo en la sala de espera y la entrada al hospital, para ello se solicitó que acudiera vestida con prendas que permitieran ver el catéter. Una vez

preparada, se llevaba a las salas de espera, a la entrada del hospital y a la sala de espera de hemodiálisis, manteniendo su catéter visible a los demás.

Debido a que la paciente asiste a la escuela por la mañana y únicamente tiene sesiones de hemodiálisis dos veces por semana se acordó mediante contrato terapéutico con la paciente y su prima que cuando no acudiera al hospital la exposición a los estímulos ansiógenos, de los cuales también realizó una lista (tabla 6). Esta técnica se implementaría diariamente durante por lo menos dos horas y se registrarían los niveles de ansiedad en una escala del 0 al 10 antes, durante y después de la exposición.

Tabla 6.

Jerarquía de estímulos evocadores de ansiedad fuera del hospital

Jerarquía de estímulos ansiógenos fuera del hospital

- Exponer en clase con el catéter visible
 - Salir a la calle mostrando el catéter
 - Reunida con los amigos y que el catéter se vea
 - En el transporte público mostrando el catéter
-

Las sesiones de exposición (tanto con psicólogo como con co-terapeuta) se efectuaron durante dos semanas con un total de 14 sesiones hasta que el nivel de ansiedad se redujo al mínimo, logrando que durante la última sesión la ansiedad se redujera a un nivel de 2 antes- 0 durante – 0 después.

Quinta a decimocuarta sesión

Objetivo: Identificar y sustituir distorsiones cognitivas sobre la visibilidad del catéter

La Reestructuración Cognitiva se llevó a cabo durante diez sesiones de media hora, en la cual mediante diálogo socrático y búsqueda de evidencias se

rebatieron las ideas acerca de la percepción de los otros acerca de su catéter, lo cual paulatinamente fue contribuyendo a generar pensamientos alternativos más realistas y funcionales sobre la problemática. La técnica se apoyó mediante un autorregistro diario de pensamientos.

Decimoquinta a decimoctava sesión

Objetivo: Desarrollar habilidades sociales En cuanto a las habilidades sociales, la paciente fue entrenada durante cuatro sesiones, en las cuales se abordaron los siguientes aspectos:

- Inicio y mantenimiento de conversaciones
- Contestar preguntas sobre su enfermedad y reservarse la información que le resultara prudente
- Saber recibir y dar cumplidos
- Entrenamiento en Asertividad

Resultados obtenidos

Ansiedad.

En la siguiente gráfica se observan las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck pretratamiento y postratamiento, en la cual se puede observar una disminución en los niveles de ansiedad, mismos que pasaron de indicar una puntuación de 17, equivalente a ansiedad elevada a una puntuación de 3, correspondiente a ansiedad mínima.



Figura 1. Puntuación del Inventario de Ansiedad de Beck

Exposición en vivo: Se logró que la puntuación subjetiva de los niveles de ansiedad se redujera al mínimo en un lapso de 14 sesiones de dos horas de duración cada una. En la figura 2 pueden apreciarse las puntuaciones subjetivas de ansiedad al inicio del tratamiento, a la mitad del mismo y durante la última sesión. Como puede observarse en la figura 2 la gráfica muestra la disminución en el registro subjetivo de ansiedad antes, durante y después de la exhibición del catéter.

Niveles de ansiedad registrados por la paciente ante la exposición en vivo al inicio, a la mitad y al final del tratamiento

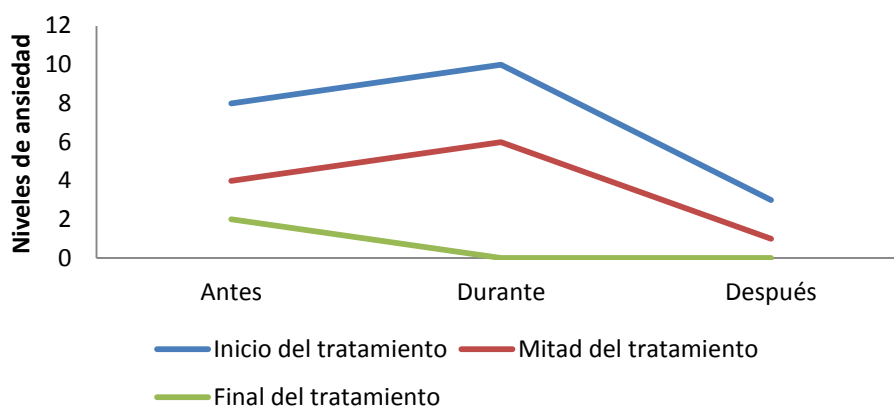


Figura 2. Puntuaciones de ansiedad durante la exposición antes, durante y después del tratamiento

Como comentario anecdótico respecto a la exposición en vivo, al iniciar el tratamiento la paciente expresaba su ansiedad verbalmente con comentarios como “me siento muy nerviosa”, “es que la gente me va a ver el catéter”, etc., sin embargo, a medida que transcurría el tratamiento, estas respuestas disminuyeron, hasta que al finalizar las sesiones de exposición los comentarios eran del tipo “me siento más tranquila”, “no me siento ansiosa”, “se me ve el catéter, pero no importa”. Por su parte, la prima que colaboró en el tratamiento comentaba al finalizar las sesiones de exposición en vivo que E. B. R. se observaba más “desenvuelta” en su contexto cotidiano.

Reestructuración cognitiva: Al inicio del tratamiento la paciente presentaba distorsiones cognitivas de tipo pensamiento catastrófico e ideas anticipatorias como “les da asco mi catéter” o “les molesta mi catéter”, mismos que condicionaban la aparición de emociones como ansiedad, temor a ser criticada y cuestionada, vergüenza y tristeza. Con la reestructuración cognitiva se dio lugar a ideas como: “yo puedo pensar que a los demás les molesta mi catéter o les da asco, pero no significa que eso sea cierto, y si así fuera eso no significa que yo valga menos porque si a una persona le da asco mi catéter eso no quiere decir

que va a suceder lo mismo con toda la gente” (sic. paciente). La paciente a su vez logró identificar el cómo los pensamientos dan lugar a emociones displacenteras y de acuerdo con lo observado en los registros diarios de pensamientos, el modificar las cogniciones generaba un cambio en las emociones, refiriendo sentirse más tranquila y con mayor disposición para interactuar socialmente.

Entrenamiento en habilidades sociales: De acuerdo con la co-terapeuta, se logró que E.B.R interactuara con otras personas en situaciones sociales, y posteriormente la paciente dejó de vestirse con prendas que tapasen su catéter, para dar lugar a vestimenta acorde al clima y a su edad. Se graficaron las conductas que E. logró efectuar en mayor medida y se muestran en la siguiente tabla, en donde se muestran los valores de referencia de las conductas de interacción social y las veces en que se llevó a cabo posterior al tratamiento:

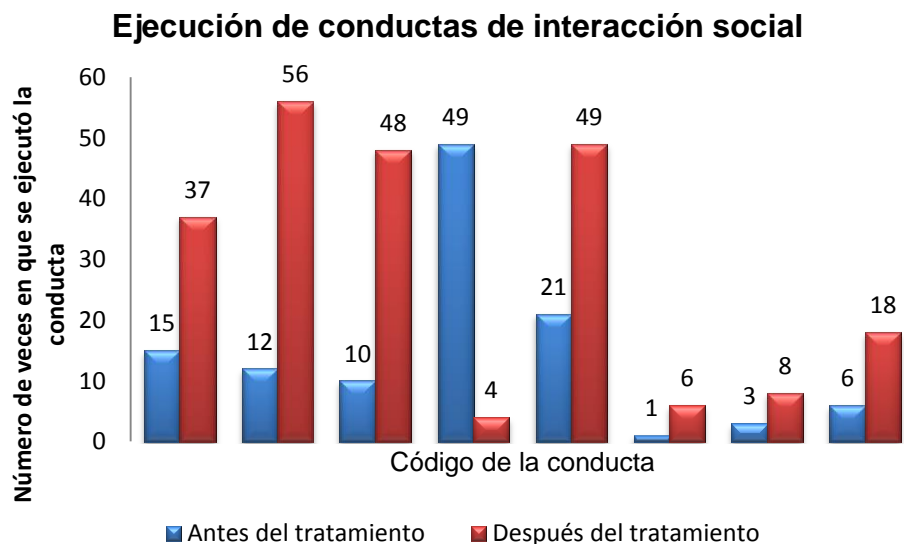


Figura 3. Ejecución de conductas en situaciones sociales durante los dos primeros meses posteriores al tratamiento.

En donde:

- 1- Mantenerse en el círculo de amigos sin escapar
- 2- Salir con ropa que le gustara sin taparse el catéter
- 3- Conversar con amigos
- 4- Exponer en clase sin taparse el catéter

- 5- Sentarse en el transporte público con desconocidos
- 6- Responder preguntas sobre la enfermedad
- 7- No esconderse cuando se percatara de que alguien la miraba fijamente
- 8- Salir con amigos

Asimismo, la paciente ya acudía a su tratamiento de hemodiálisis con la ropa que a ella le gustaba, aún cuando ésta dejaba ver su catéter y ya no se sentaba aislada en la sala de espera como al principio. Su prima comentó que en la escuela ya era capaz de entablar conversaciones con sus compañeros sin escapar y que ya exponía en clase. Además, al inicio del tratamiento, E.B.R comentó que si bien su meta en la vida era estudiar una profesión, tenía dudas de poder hacerlo, precisamente por la ansiedad ocasionada por el acceso vascular. Al finalizar el tratamiento la paciente ya expresaba deseos firmes de continuar su educación e incluso ya tenía definida la carrera que deseaba estudiar.

Resultados del seguimiento a 6 meses y un año del tratamiento.

Se acudió al servicio de nefrología del Hospital Juárez de México seis meses después de terminado el tratamiento para realizar el seguimiento de la paciente y determinar si se habían mantenido los cambios. Se aplicó nuevamente el Inventario de Ansiedad de Beck, obteniendo un puntaje de 4, que corresponde a un nivel de ansiedad mínimo.

Un año posterior al término del tratamiento se volvió a acudir al servicio de nefrología a realizar el seguimiento correspondiente, y en dicha ocasión la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad de Beck fue de 3, que corresponde a nivel de ansiedad mínimo, indicando que de acuerdo con dicho inventario los cambios en los niveles de ansiedad de E.B.R se han mantenido a lo largo del tiempo, lo cual puede observarse gráficamente en la figura 4.

Puntuaciones de la Escala de ansiedad de Beck (BAI)

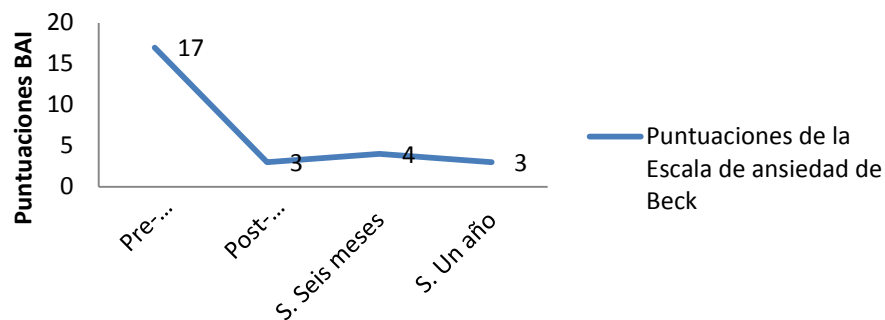


Figura 4. Puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Seguimiento.

En dichas sesiones de seguimiento se expuso nuevamente a la paciente a las situaciones hospitalarias que anteriormente había marcado como evocadoras de ansiedad. Se encontró que la valoración subjetiva de la ansiedad se mantuvo en un puntaje máximo de 1 antes y durante la exposición, para bajar a cero después de la misma. Lo anterior se muestra graficado en la figura 5.

Puntuación subjetiva de la ansiedad antes, durante y después de la sesión de exposición en vivo

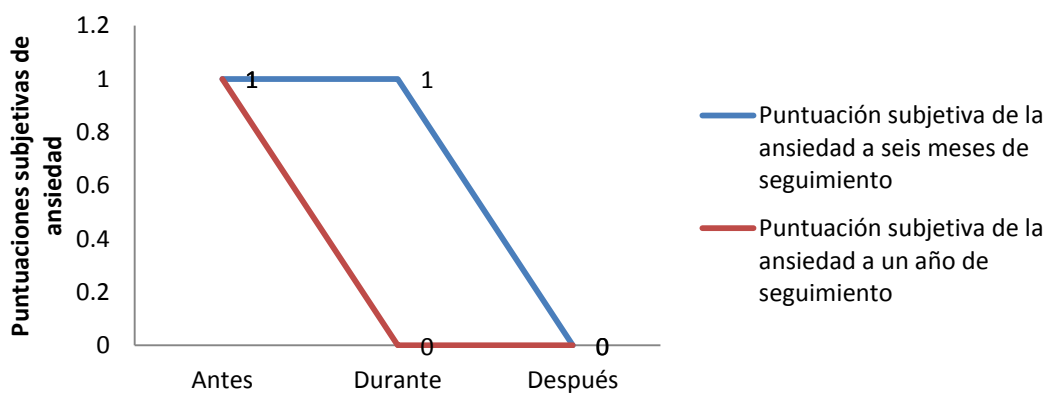


Figura 5. Puntuaciones exposición en vivo. Seguimiento a seis meses y un año.

Desafortunadamente no se pudo contar con el registro de las conductas sociales, sin embargo la paciente refiere verbalmente que ha continuado llevando a cabo su vida de la manera más normal posible, que sale más frecuentemente con sus amigos y que ya no se percibe ansiosa en situaciones tales como mantenerse en el grupo de amigos o cuando le toca dar alguna clase. De igual manera se pudo corroborar mediante la observación directa que E. B. R continúa portando prendas que no le tapan el catéter y que además se mantiene sentada en la sala de espera de hemodiálisis sin aislarse.

Por otra parte a través del discurso de la paciente se detectan pensamientos más realistas y funcionales respecto a su catéter y a las situaciones sociales que antes le generaban ansiedad, tales como “ahora sé que si me miran no necesariamente es porque les moleste mi catéter, y si en caso de que sea así ni modo, este catéter es necesario para seguir mi tratamiento”, “no puedo abandonar mis metas por este catéter, al contrario, es una oportunidad para seguir viviendo”. Asimismo, durante una de las sesiones de exposición a mitad del tratamiento, se encontraba en la sala de espera de Rayos X una paciente con una pierna amputada, misma que compartió su experiencia con la amputación y las opiniones de la gente con E. B. R, así como la manera en la cual ella ha aprendido a reestructurar sus pensamientos y a enfrentar las opiniones de manera asertiva, a lo que E.B. R. comenta que el haber conocido a esta paciente también le resultó provechoso, pues le ayudó a ella misma en la reestructuración de sus pensamientos y expresa “me puse a pensar en que si ella es tan segura de sí misma y está tan contenta con su vida sin tener una pierna yo también puedo sentirme a gusto entre la gente, porque lo mío es sólo un catéter”.

Discusión.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son congruentes con los encontrados en la literatura científica para el manejo de la ansiedad provocada por situaciones sociales, específicamente con autores como Feske y Chambless (1995), Clark (2003), García, Rosa y Olivares (2002), Taylor (1996) y Moreno, Méndez y Sánchez (2000), que apoyan el uso de programas multicomponentes

integrados por exposición en vivo, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Asimismo, estos resultados también concuerdan con los hallazgos registrados en la literatura científica respecto a la utilidad de la técnica de exposición en vivo, pues en el caso de E.B.C los cambios conductuales comenzaron a ser observables desde antes de que le fueran aplicadas las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, aunque también es verdad que dichas técnicas fortalecieron el trabajo realizado, proporcionando herramientas que permitieron modificar las distorsiones cognitivas y desarrollar habilidades de tipo social, por lo que en este caso se considera que lo más adecuado fue utilizar las tres técnicas.

La paciente presentaba distorsiones cognitivas, mismas que se identificaron como una variable importante en la generación y el mantenimiento del problema, generando ansiedad, aislamiento y malestar clínicamente significativo, por lo que al ser reestructuradas dieron lugar a pensamientos más funcionales y emociones alternativas, así como un mejor funcionamiento social, lo cual nos habla de la importancia de brindar apoyo psicológico en dichos pacientes.

En este caso se observó que antes del tratamiento la ansiedad vivida por la paciente ante situaciones de tipo social en las cuales se observara su catéter afectaba no sólo su interacción dentro de su contexto, sino que además comenzaban a afectar negativamente su toma de decisiones respecto a su futuro. Después del tratamiento se observó cómo la toma de decisiones se encontraba más orientada a la consecución de metas a mediano y largo plazo.

Una limitación encontrada antes de realizar la intervención fue la carencia de literatura científica enfocada a la población con enfermedad renal crónica, y los artículos existentes son descriptivos, pero prácticamente se carece de literatura que pruebe tratamientos cognitivo conductuales en implicaciones psicológicas asociadas al catéter.

Al ser un estudio de caso se enfrenta a limitaciones tales como la falta de representatividad estadística, lo cual ocasiona que los resultados obtenidos no puedan generalizarse a toda la población, lo que es congruente con lo expuesto por Villarreal y Landeta (2010). Sin embargo, en este caso también pudieron observarse algunas de las ventajas de este tipo de estudios, específicamente el haber sido adecuado para realizar una documentación sistemática de los casos, ajustándose adecuadamente al contexto hospitalario en donde se realizó. Además favoreció el trabajo interdisciplinario, pues fomentó una atención integral hacia la paciente, lo cual concuerda con lo propuesto por Murillo (s.f).

Los resultados obtenidos en las diversas mediciones muestran una disminución de los niveles de ansiedad, cambios conductuales orientados a una mejor interacción social y la sustitución de las distorsiones cognitivas por pensamientos más funcionales. Dichos cambios se mantienen a un año de seguimiento, sin embargo se carece de controles para poder concluir que el estudio fue eficaz o eficiente, por lo que los resultados obtenidos no son concluyentes.

2.3 Formulación de caso clínico 2

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA ANSIEDAD HOSPITALARIA EN UN CASO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Ficha de identificación

Nombre: L.A.R

Edad: 65 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Divorciada

Número de hijos: 2

Lugar de origen y residencia: México, D.F

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Hogar

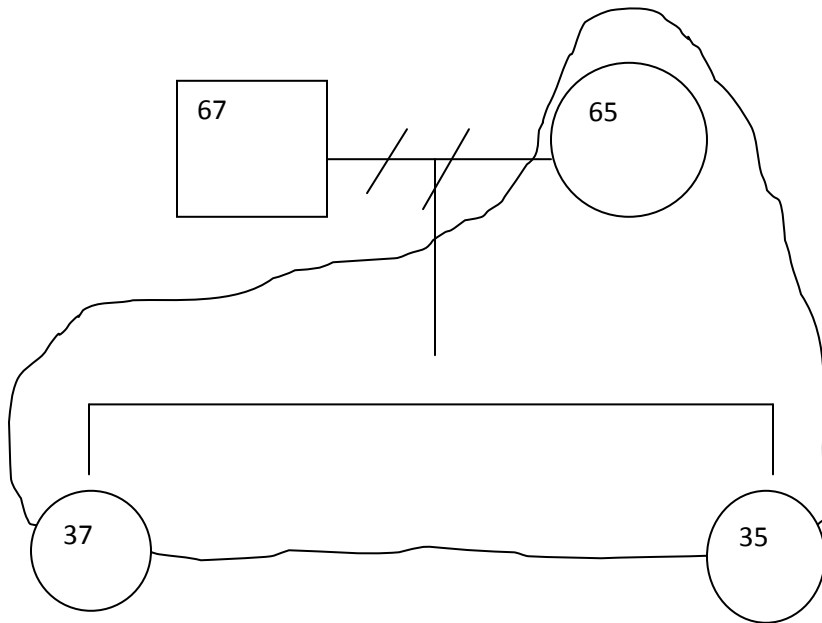
Religión: Cristiana

Nivel cultural/socioeconómico: Medio-bajo

Dx. Inicial: ERC V, hiperkalemia, hematuria de etiología a determinar

Dx. De egreso: ERC V, hiperkalemia remitida, hematuria remitida.

Familiograma



Examen del estado mental

Paciente femenino de 65 años de edad con apariencia acorde a la edad cronológica, en condiciones de higiene y aliño acordes a la estancia intrahospitalaria, de constitución ectomórfica, alineada con las reglas sociales. Orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje coherente y congruente, en tono y velocidad adecuados, pensamiento concreto centrado en la problemática de salud. Memorias conservadas, juicio sin alteraciones. Sin alteraciones en la sensorio-percepción. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto distímico con tendencia a la tristeza. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en el problema. Cuenta con adecuada red de apoyo y buena percepción de apoyo social. Con noción de enfermedad.

Antecedentes Heredofamiliares

Hermano con enfermedad renal crónica desde hace 5 años, sin tratamiento sustitutivo de la función renal.

Resto de antecedentes interrogados y negados

Antecedentes Personales Patológicos

Interrogados y negados

Antecedentes Personales No Patológicos

Habita casa propia con todos los servicios de urbanización; hábitos higiénicos buenos, hábitos alimenticios regulares en calidad, buenos en cantidad.

Escolar: Nivel de estudios, preparatoria terminada. Refiere que siempre fue buena estudiante. Por motivos económicos no concluyó su formación académica.

Social: Refiere tener facilidad para relacionarse con las personas y contar con algunos amigos, entre los que cuenta a sus vecinos.

Familiar: Divorciada desde hace año y medio, la relación con su ex esposo es conflictiva. La relación con sus hijas es estrecha y son ellas quienes fungen el papel de cuidadoras durante la hospitalización.

Análisis del motivo de consulta

La paciente fue referida al área de medicina conductual por parte de la jefe de servicio de nefrología debido a que presentaba ansiedad durante la estancia intrahospitalaria, llanto fácil y expresaba sentirse “nerviosa y con miedo” ante los procedimientos médicos, específicamente una cistoscopia y otros procedimientos menores como la canalización y la extracción de muestras sanguíneas. Durante la entrevista con la paciente se agregaron a lo anterior pensamientos anticipatorios respecto a la condición de salud y los procedimientos médicos, con expresiones como “me da miedo la cistoscopia, porque no sé cómo vaya a ser, temo que me lastimen mucho y no soporte el dolor” o “no creo soportar el dolor”, percibiéndose poco capaz de enfrentarse a dichas situaciones, además de culpa ante algunos de los procedimientos, específicamente la transfusión sanguínea, con expresiones como “me siento culpable de que me hayan transfundido porque me daría mucha pena que algo le pasara por mi culpa a la persona que me donó su sangre”, así como múltiples dudas acerca del padecimiento y los aspectos relativos al

tratamiento, específicamente relacionadas a qué es y en qué consiste la diálisis peritoneal intermitente, que fue el tratamiento de elección más adecuado de acuerdo a las características socioeconómicas de la paciente. Además de lo anterior, la paciente mostraba ideas anticipatorias y pensamiento catastrófico acerca de su estado de salud, con pensamientos que se relacionaban con el temor a que le encontraran “algo maligno” en la cistoscopia, así como ideas catastróficas sobre su funcionamiento futuro, expresando temor a no poder seguir el tratamiento y volver a ser hospitalizada. La paciente también refería sentirse “desesperada por el aburrimiento” durante la hospitalización, además de referir miedo a quedarse sola en el cuarto de hospital debido a que “no sabría qué hacer o cómo reaccionar si hubiera una eventualidad o los médicos me preguntaran algo que no sé” (sic. paciente). Asimismo, manifestaba verbalmente sentir “pena” de preguntar sus dudas a los médicos, lo cual era reforzado por sus cuidadores, quienes accedían a quedarse con ella todo el tiempo y preguntar al equipo de salud sobre las dudas de la paciente.

Historia del problema

Inició sintomatología del padecimiento actual una semana previa a la hospitalización con astenia, adinamia y mal estado general. Los síntomas se agudizaron dos días previos con vómito, dolor de cabeza y mareos, además de presentar hematuria, por lo que acudió al servicio de urgencias del HJM, de donde fue referida al servicio de nefrología, en donde le diagnostican ERC. Los síntomas psicológicos iniciaron en cuanto fue hospitalizada, pues refería nunca haber vivido una experiencia similar, además del impacto que representó en su vida haber sido diagnosticada con ERC V, pues según expresaba ser una persona activa y sin malestares físicos.

La hospitalización duró 3 semanas, luego de las cuales fue referida a 2º nivel de atención para recibir tratamiento de diálisis peritoneal intermitente (D.P.I) al no contar con las condiciones requeridas para ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A) de acuerdo con los criterios de

inclusión del área de trabajo social, por lo cual no se le pudo dar seguimiento a la paciente por parte del área de medicina conductual.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

Con base en el contexto se seleccionaron métodos de evaluación que implicasen un bajo requisito de respuesta y que se ajustaran a las necesidades del caso y características cognitivas y socioculturales de la paciente, seleccionando las siguientes:

- Escala Visual Análoga de ansiedad: Se le solicitó que diariamente durante su estancia intrahospitalaria registrara en una escala del 0 al 10 su nivel de ansiedad.
- Autorregistro de pensamientos, con un formato como el que se muestra a continuación:

¿Qué pienso?	¿Cómo me siento? (porcentaje)	¿Qué pensamientos alternativos tengo?	¿Cómo siento cuando pienso diferente?

- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, ver anexo 2). Es un cuestionario autoaplicado de 14 reactivos, integrado por dos subescalas, cada una integrada por 7 items, una de ansiedad (items impares) y otra de depresión (items pares). Los items de la subescala de ansiedad se seleccionaron a partir de la escala de ansiedad de Hamilton, aunque no se incluyeron los síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los items de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia.

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala con 4 opciones de respuesta (rango de puntuación de 0 - 3).

Ambas subescalas se evalúan de manera separada y los puntos de corte son los siguientes:

0 – 7	Normal
8 –10	Dudoso
≥ 11	Problema clínico

Las propiedades psicométricas de esta escala no se encuentran bien establecidas.

En la tabla 7 se muestra el mapa secuencial integrativo del caso.

Tabla 7.

Mapa secuencial integrativo

Estímulos	Organísmicas	Respuesta	Consecuencias
Lugares:	- ERC V	Conductuales:	A corto plazo:
Cuarto de hospitalización	- Poco conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento	- Llanto - Evitar quedarse sola	Internas:
Sala de Hemodiálisis	Conductas, pensamientos y emociones funcionales	- Evitar preguntar al personal de salud	- Mantenimiento del miedo y la ansiedad ante los procedimientos
Situaciones:		Cognitivas:	- Bajo control del dolor
Cuando era necesario quedarse sola	• Capacidad de autoobservación	- Ideas anticipatorias acerca de los procedimientos médicos (me va a doler mucho, no voy a soportar el dolor, ese dolor va a ser muy duradero, etc.)	- Mantenimiento de las dudas acerca del padecimiento
Cuando se le informaba que era necesario realizar algún procedimiento médico invasivo	• Buena actitud ante el tratamiento psicológico	- Ideas anticipatorias acerca de la condición de salud (tengo miedo de que me encuentren algo maligno, temo que le pase algo a quien me donó sangre por mi culpa).	- Estancia hospitalaria poco tolerable
Al realizarle procedimientos médicos invasivos	• Disposición para obtener información acerca de su padecimiento y seguir el tratamiento		Externas
	Conductas, pensamientos y emociones no funcionales		- Obtención de atención por parte de sus cuidadoras
Al momento de tener dudas acerca de su padecimiento	• Refería sentir "pena" de preguntar sus dudas al equipo médico	- Pensamiento catastrófico acerca del funcionamiento futuro (tengo miedo de no poder con el tratamiento y volver a ponerme mal).	A largo plazo
	• Decía sentirse poco capaz de responder mientras se encontraba sola	Emocionales:	Deterioro del estado de salud
	• Expresaba sentirse poco capaz de soportar el dolor	- Ansiedad	
	• Refería sentirse poco capaz de adaptarse al nuevo estilo de vida	- Tristeza	
		- Miedo ante los procedimientos	
	Habilidades y predilecciones	- Desesperación y aburrimiento durante la EIH	
	- Tejer		
	- Bordar		
	- Leer y escribir		

Análisis funcional de la conducta

L. presentaba distorsiones cognitivas acerca de los tratamientos y procedimientos médicos, mismas que generaban una percepción de baja autoeficacia para enfrentarse tanto a dichos procedimientos como al dolor generado por algunos de ellos, generando una interpretación distorsionada y catastrofista de la situación, condicionaban la aparición de emociones como culpa, tristeza, miedo y ansiedad, además de incertidumbre sobre el futuro, todo ello fomentado además por la falta de conocimiento acerca de la enfermedad y reforzado por los cuidadores primarios, generando conductas de dependencia. Asimismo, la paciente había sido una persona activa y sin antecedentes de salud que pudieran considerarse de importancia, por lo cual se desarrolló una elevada ansiedad ante la hospitalización, misma que fue fomentada a su vez por las distorsiones cognitivas, la duración de la estancia hospitalaria y las condiciones en las que ésta se llevó a cabo (procedimientos médicos, nuevas noticias sobre el estado de salud y encontrarse ante una situación nueva e inesperada). Por otra parte se trataba de una paciente con buena disposición para obtener conocimiento sobre su enfermedad y los tratamientos, además de encontrarse interesada en adherirse al tratamiento.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Con base en el Análisis Funcional de la Conducta y a la demanda de la paciente las metas establecidas fueron las siguientes:

- Contribuir a generar conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos.
- Mejorar la adaptación a la estancia intrahospitalaria
- Fomentar conductas de independencia de la paciente relacionadas con la salud
- Favorecer la comunicación con el equipo médico
- Desarrollar herramientas que le permitieran afrontar la situación de salud aún cuando egresara a segundo nivel de atención

Estudio de los objetivos terapéuticos

- Ampliar conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento
- Generar conciencia de enfermedad
- Manejo del dolor y la ansiedad ante procedimientos médicos invasivos
- Que la paciente lograra quedarse sola en el cuarto de hospitalización y de este modo contribuir a fomentar la independencia
- Manejo de emociones como tristeza y culpa
- Sustitución de pensamientos disfuncionales
- Manejo de la ansiedad ante la estancia intrahospitalaria

Selección del tratamiento más adecuado

La selección del tratamiento se realizó con base en la revisión de la literatura disponible. Es importante comentar que si bien existe abundante información acerca de intervenciones psicológicas encaminadas al manejo de la ansiedad hospitalaria en niños, es escasa en adultos.

González, Valencia y Bersh (2006) publicaron una revisión de la literatura en donde destacaron el papel de las intervenciones psicoeducativas en los pacientes médicamente enfermos. Ellos sostienen que este tipo de intervenciones permiten al paciente obtener información relacionada con su enfermedad y con el papel que él desempeña a través de su propio comportamiento en el curso del padecimiento y el tratamiento, lo que a su vez le permite corregir suposiciones erróneas y pensamientos catastróficos asociados al estado de salud. Asimismo fomenta la mejor adherencia al tratamiento y el desarrollo de conductas saludables, así como la participación activa del paciente y le provee una sensación de control sobre su estado de salud. Por otra parte, los autores también expresan que las intervenciones psicoeducativas favorecen la adaptación al estado de salud y contribuyen a disminuir el malestar emocional asociado. Además, dentro del mismo artículo, los autores mencionan el papel de la terapia cognitivo conductual, en la cual se busca que el paciente tenga un papel activo dentro del curso de la

enfermedad y el tratamiento. Entre las estrategias cognitivo conductuales que los autores mencionan para dichos fines se encuentran la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, distracción cognitiva, autoinstrucciones, inoculación del estrés, manejo de contingencias, solución de problemas y la misma psicoeducación, de la cual se habló anteriormente. La terapia cognitivo conductual proporciona herramientas para la autorregulación y el control emocional.

Gutiérrez, Samsó, Cosi, Ibars y Craver (2007) efectuaron un estudio en el cual implementaron una intervención de enseñanza en grupo en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa de prediálisis. Evaluaron la intervención mediante la Clasificación de Resultados Enfermeros, en la cual se evalúan entre otras variables la superación de problemas, el conocimiento del proceso de la enfermedad, conocimiento del manejo terapéutico, conocimiento de la dieta y el conocimiento de procedimientos terapéuticos. Existieron diferencias estadísticamente significativas en dichas variables. Los autores concluyen que la intervención resultó efectiva. Ellos sostienen que la calidad de vida del paciente con ERC depende en gran medida del conocimiento con el que cuente acerca de la enfermedad, lo que a su vez les permitirá manejar las emociones asociadas al desconocimiento sobre la misma.

López (1996) realizó una revisión bibliográfica acerca del empleo de la relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. Se encontró que los casos donde se encuentra mayormente recomendada es en donde se requiere de la reducción de la actividad simpática, de la tensión muscular o del estado general de alerta. En la literatura científica, las técnicas de relajación aparecen frecuentemente combinadas con otras estrategias. La autora concluye que el uso de las técnicas de relajación resulta efectivo en el manejo de emociones como la ansiedad.

Rodríguez y Navarro (2004) realizaron un estudio de intervención con diseño cuasiexperimental en el que evaluaron la efectividad de un sistema de influencias psicoterapéuticas sobre la ansiedad de pacientes hospitalizados con cardiopatías.

Participaron 106 pacientes hospitalizados a quienes se les aplicó un sistema de influencias psicoterapéuticas compuesto por musicoterapia, entrenamiento autógeno de Schultz, visualización y técnicas de autocontrol emocional. Para la evaluación del estado emocional se utilizó la información proporcionada por el paciente en una entrevista semiestructurada, así como parámetros fisiológicos, específicamente la presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Se encontraron diferencias significativas en un 95% de los pacientes, por lo que los autores concluyen que es importante que en el equipo de trabajo en un servicio de salud se incluya a un psicólogo.

En el estudio de caso que se presenta a continuación, se trató de una intervención psicológica exclusiva de la estancia intrahospitalaria, misma que además suele ser breve en el servicio de nefrología, por lo cual con base en dicho contexto se seleccionaron técnicas que además de encontrarse registradas en la literatura y ajustarse a las necesidades de la situación, resultaran de rápida aplicación, surtieran efecto en un periodo corto e implicaran bajo costo económico y bajo requisito de respuesta, además de que pudiesen aplicarse en el cuarto de hospitalización. Inicialmente se programaron sesiones cada tercer día, dando un total de siete sesiones.

Sesión 1

El objetivo de esta sesión fue establecer componentes de relación y recabar datos para identificar las necesidades de atención psicológica.

Procedimiento: Se explicó a la paciente la función que cumplía medicina conductual en el servicio, preguntándole si aceptaba el tratamiento, a lo cual la paciente accedió. Posteriormente se realizó una entrevista breve semiestructurada para recabar los datos de la paciente y sus antecedentes.

Se aplicó la subescala de ansiedad de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983) para evaluar dicho síntoma en el contexto de su internamiento.

Sesión 2

Psicoeducación y educación para la salud sobre la enfermedad.

Objetivo. Fomentar el conocimiento y desarrollar herramientas de afrontamiento.

Procedimiento. Se le brindó información sobre la enfermedad y los tratamientos, además de psicoeducación, explicando aspectos psicológicos sobre la enfermedad, explicando cómo se corresponden entre sí los pensamientos, emociones y conductas y su influencia en la salud, y educando a la paciente en técnicas de resolución de problemas y comunicación sobre el personal del servicio. Se le proporcionó además material educativo sobre la enfermedad y el tratamiento (ver anexos del 4 al 7).

Sesión 3, 4 y 5. Desarrollo de herramientas y habilidades para enfrentarse a la situación de salud.

Procedimiento. Se explicó a la paciente cómo el desarrollo de la independencia fomenta el propio control sobre la enfermedad, aplicando técnicas de reestructuración de ideas disfuncionales, específicamente el diálogo socrático y la contrastación empírica buscando evidencia a favor y en contra de sus pensamientos. Asimismo se entrenó en resolución de problemas.

Se educó a la familia sobre el mismo tema instigándolos a dejar sola a la paciente mediante aproximaciones sucesivas y reforzando las conductas de independencia como preguntar por sí misma, responder preguntas a los médicos y no llorar. Se explicó cómo funciona el reforzamiento, que en este caso fue de tipo social. También se habló con el personal del servicio de nefrología, principalmente con los médicos residentes para que contribuyeran preguntando a la paciente directamente sobre los asuntos que pudieran competirle.

Los progresos de la paciente eran confirmados por sus familiares, quienes llevaron una lista sin un formato especial en donde anotaban las conductas llevadas a cabo por la señora L. A la paciente se le solicitó que llevara a cabo un registro diario de pensamientos.

Asimismo, dado que la paciente expresó sentirse ansiosa y aburrida se exploró una gama de posibles actividades reforzantes para ser realizadas durante la hospitalización, encontrando que dentro de las actividades factibles de realizar le gustaba leer, escribir y bordar. Acordó con su familia que le llevarían libros, revistas, un cuaderno para escribir poemas y canciones y una carpeta para bordar. Dicha técnica se utilizó no sólo para que la paciente se involucrara en actividades reforzantes, sino para debatir ideas irracionales sobre la incapacidad de enfrentarse a las nuevas situaciones de manera exitosa, lo cual también se reforzó socialmente y se vio fortalecido cuando la paciente llevaba a cabo las conductas de quedarse sola en el cuarto sin llorar, preguntar dudas y responder a las preguntas de los miembros del servicio.

Se solicitó que registrara en una Escala Visual Análoga el grado de ansiedad diario.

En la sesión 5 se aplicó nuevamente el HAD.

Sesión 6.

Preparación psicológica para cistoscopia

La paciente se encontraba ansiosa porque se le iba a realizar una cistoscopia. La ansiedad respondía al miedo al dolor y al desconocimiento sobre el procedimiento. Se brindó psicoeducación sobre el procedimiento con apoyo de un médico residente del servicio. En dicha sesión psicoeducativa además se entrenó en relajación y autoinstrucciones, y además se reestructuraron ideas de incapacidad para soportar el dolor.

Sesión 7.

La paciente se observaba con avances respecto a la ansiedad y a las ideas disfuncionales que anteriormente presentaba y se observaba con mejoría del estado de ánimo. Ya se le había informado que no contaba con las condiciones suficientes para realizar DPCA y sería enviada a un segundo nivel de atención, por lo que la paciente se muestra interesada en conocer estrategias para adherirse al tratamiento. Se explicaron las técnicas de control de estímulos para consumir la cantidad adecuada de líquido, autorregistros de medicamento (ver anexo 3) y se repasó la técnica de resolución de problemas.

Un día después se acudió a evaluar nuevamente con el HAD.

Resultados

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

En dicha escala se observa una disminución de las puntuaciones de ansiedad, observando al inicio de la estancia intrahospitalaria y el tratamiento un puntaje de 11 que se interpreta como problema clínico, mientras que al término del tratamiento y de la estancia intrahospitalaria, la paciente obtuvo un puntaje de 2 que puede interpretarse como nivel normal de ansiedad, sin embargo, como puede observarse, desde la mitad del tratamiento ya se registraba un puntaje de 4 mismo que también se interpreta como ansiedad normal. Lo anterior se ilustra en la figura 6.

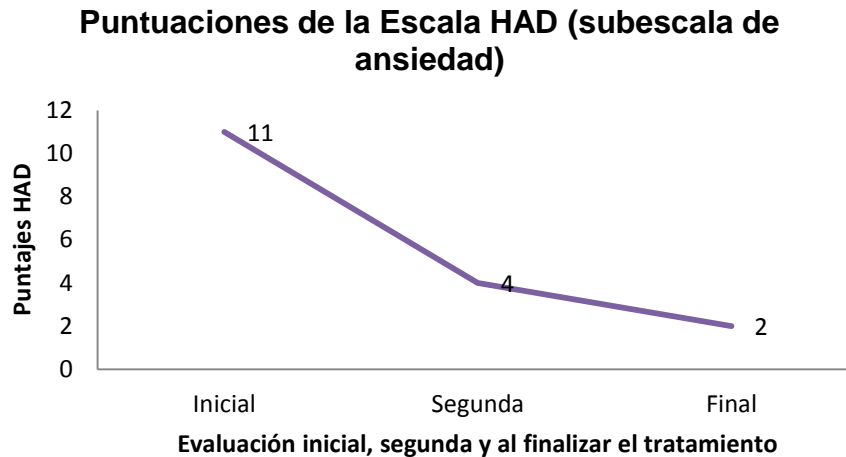


Figura 6. Puntuaciones obtenidas en la escala HAD (subescala de ansiedad).

Escala Visual Análoga de ansiedad.

Los puntajes de la EVA de ansiedad son congruentes con los obtenidos en la escala HAD, ya que puede observarse cómo de la primera sesión en que se le solicitó el registro y se comenzaron a aplicar las técnicas disminuye notablemente en las sesiones subsecuentes, manteniéndose de este modo. Como comentario clínico se agrega que la paciente comentaba sentirse con menor ansiedad a medida que transcurrían los días, hasta llegar al punto en el cual manifestaba sentirse tranquila. Los puntajes de la EVA de ansiedad pueden observarse en la figura 7.

Puntajes registrados en la Escala Visual Análoga de ansiedad (EVAA)

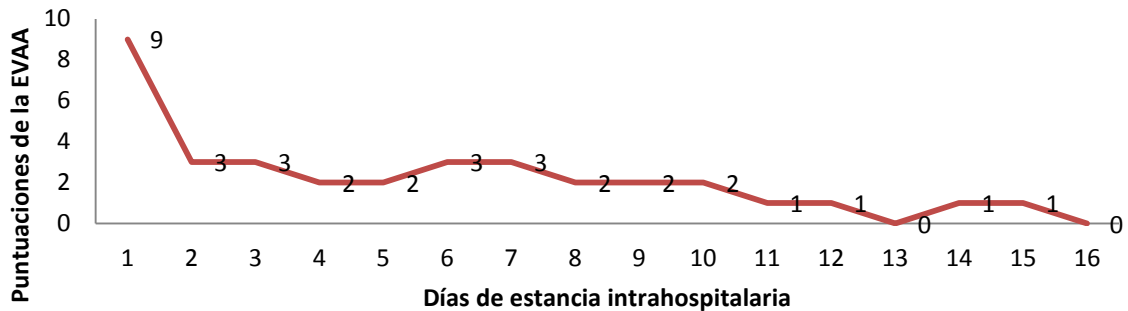


Figura 7. Puntajes de la EVA de ansiedad a lo largo de la estancia intrahospitalaria.

Registros de pensamientos.

En los autorregistros diarios se pudo observar cómo la paciente fue modificando de manera paulatina los pensamientos sobre la enfermedad, sobre sí misma y sobre la situación que se encontraba viviendo, orientándose más a la resolución de problemas, a la búsqueda de soluciones y de información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, expresando verbalmente considerarse más capaz de enfrentar la situación con verbalizaciones como “pienso que sí voy a poder cumplir con el tratamiento, porque si otros pueden, yo también puedo hacerlo, no es imposible”, “esta enfermedad es delicada, pero depende de mí y de lo que yo haga el vivir más tiempo”, “estoy enferma, pero tengo el apoyo de mi familia y tengo disposición para hacer las cosas bien”, e incluso ya se acercaba al personal de salud para preguntar sobre los diferentes componentes del tratamiento y para resolver sus dudas, sin necesidad de ser instigada para que lo hiciera. Lo anterior se acompañó del incremento de la conducta de quedarse sola y la extinción del llanto cuando no se encontraban familiares a su lado, además de mostrar mayor independencia a lo largo de la estancia intrahospitalaria, así como mejor disposición para ser sometida a los procedimientos.

Seguimiento

En este caso no se cuentan con mediciones de seguimiento, ya que la paciente fue referida a un hospital de segundo nivel de atención debido a que no cumple con las condiciones necesarias para someterse a tratamiento de DPCA, por lo que ya no es vista por el servicio de nefrología.

Discusión

De acuerdo con la literatura, los pacientes con ERC suelen atravesar por una fase de ajuste psicológico en el que pueden estar presentes síntomas ansiosos y depresivos, aunado al desconocimiento del padecimiento, los mitos existentes alrededor del tratamiento y las múltiples dudas que surgen como resultado de vivir una experiencia inesperada (Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2009). Lo anterior concuerda con las características de la paciente, quien además de comentar que le desagradaba sobremanera el ambiente hospitalario refería estar sorprendida ante el diagnóstico, ya que no solía enfermarse, así también expresaba tener dudas, pero además su opinión sobre la enfermedad y el tratamiento se encontraba sesgada por antecedentes familiares con ERC que han sufrido complicaciones derivadas de la falta de adherencia terapéutica. Todo lo anterior fomentó el desarrollo de distorsiones cognitivas de tipo pensamiento catastrófico e ideas anticipatorias acerca de la condición de salud y los procedimientos médicos. Asimismo las características de la paciente también coinciden con lo referido por los mismos autores, quienes señalan que los pacientes de la tercera edad suelen presentar niveles más elevados de ansiedad y depresión, dado que perciben una menor funcionalidad física propia de la enfermedad y de la edad, son más dependientes de los cuidadores, disminuyendo las actividades sociales, laborales y cotidianas, lo cual deriva en una visión deteriorada sobre sí mismos.

Por su parte, la paciente, además se encontraba ansiosa por el cambio radical en el estilo de vida, en la modificación del régimen nutricional, la restricción de líquidos, las constantes visitas al hospital y los cuidados requeridos en el tratamiento,

registrados por Feroze, Martin, Reina, Kalantar & Kopple (2010) como generadores de un alto impacto emocional.

El estudio de caso se encontró con las mismas limitaciones metodológicas que el anterior, ya que al no ser estadísticamente representativo no se pueden generalizar los resultados a la población del servicio en general, no obstante, los resultados obtenidos y las características de la paciente sí son congruentes con la información obtenida en la literatura científica, lo que reafirmaría lo propuesto por Yin (1998), quien expone que este tipo de estudios serían útiles más bien para ilustrar y representar un marco teórico.

Respecto a las limitaciones asociadas con el contexto, la principal fue el hecho de que la paciente no haya cumplido con las condiciones para integrarse al programa de DPCA, lo cual no permitió realizar medidas de seguimiento para conocer si los resultados asociados a la sustitución de distorsiones cognitivas por pensamientos funcionales se mantiene, sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en el HAD, la EVA, el registro de pensamientos y la observación directa, sí hubo cambios en cuanto al objetivo principal del estudio, que fue disminuir la ansiedad generada por la estancia intrahospitalaria. Podría pensarse que la reducción en las puntuaciones del HAD y la EVA se debieron más a la habituación que al tratamiento, sin embargo, dicha disminución en las puntuaciones es congruente con la expresión emocional observada en la paciente, la modificación de sus conductas, sus pensamientos y la adopción de una estrategia de afrontamiento centrada en la resolución de problemas. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, no se cuenta con controles que permitan determinar que los resultados obtenidos son concluyentes o atribuibles al tratamiento.

2.5 SERVICIO DE NEFROLOGÍA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Descripción de la SEDE

El Hospital Juárez de México se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero D.F. C.P. 06600. Se trata de un hospital de tercer nivel de atención que brinda atención en hospitalización, urgencias y consulta externa.

El servicio asignado para el primer año de rotación fue nefrología, mismo que se divide en cuatro áreas:

Hospitalización. Consta de 12 camas que se encuentran en el tercer piso del hospital, divididas en dos salas generales, de las cuales una está asignada a mujeres y otra a hombres, cada una de estas salas cuenta con seis camas. Si la demanda de pacientes excede al espacio asignado al servicio, se hospitalizan en camas disponibles de otros servicios como hematología, medicina interna u ortopedia.

Hemodiálisis: Consta de 7 máquinas asignadas a aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados, además de los pacientes que se encuentran en proceso de reunir las condiciones para ingresar al programa de DPCA del servicio o quienes por alguna circunstancia especial son admitidos durante un tiempo determinado mientras consiguen su afiliación al Seguro Social para recibir el tratamiento sustitutivo en dicha institución. Cabe destacar que debido a la pequeña cantidad de máquinas de hemodiálisis, esta área del servicio no se encuentra abierta al público general ni se cuenta con el servicio de hemodiálisis crónica.

Programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Este programa está asignado para los pacientes que de acuerdo con la evaluación realizada por el

área de trabajo social cuentan con las condiciones económicas y de vivienda para llevar a cabo el tratamiento en casa. A estos pacientes y a sus familiares se les capacita durante una semana por parte de la enfermera especialista en DPCA, quien los entrena brindando información y poniendo en práctica en vivo la técnica en todas sus etapas. En esta área del servicio también se brinda atención interdisciplinaria ya que además de la enfermera especialista se cuenta con la participación de la nutrióloga, un médico adscrito y un residente de nefrología, así como un residente de medicina conductual quienes atienden los requerimientos médicos, psicológicos y nutricios del paciente.

Consulta externa. Los médicos residentes y adscritos atienden a los pacientes que se encuentran en seguimiento y cuyo padecimiento no amerita hospitalización. Una residente de medicina conductual acompaña a los médicos en búsqueda de necesidades psicológicas, básicamente interviniendo cuando hay situaciones de crisis o cuando es necesario brindar educación para la salud o psicoeducación. Este servicio se proporciona todos los días hábiles de la semana, excepto los jueves, día que el área de medicina conductual tiene asignado el consultorio para realizar sus intervenciones en él.

Miembros del equipo interdisciplinario del servicio de Nefrología

El equipo del servicio de nefrología se encuentra integrado por:

1 Jefe de servicio: Dra. Socorro Vital Flores

3 Médicos adscritos: Dr. Eduardo Romero, Dr. Pedro López y Dr. Arturo Reyes Marín

7 Médicos residentes de nefrología

3 Psicólogas residentes de medicina conductual

2 Trabajadores sociales

1 Nutrióloga

1 Enfermera especialista en DPCA

5 Enfermeras especialistas en hemodiálisis

Estructura de la atención interdisciplinaria en el servicio de Nefrología

El servicio de nefrología se caracteriza por su trabajo en equipo, mismo que se realiza con base en una estructura bien establecida y que se puede esquematizar en la figura 8, específicamente en el área de hospitalización, que es la más fuerte, pues de ella se deriva el resto de las áreas.

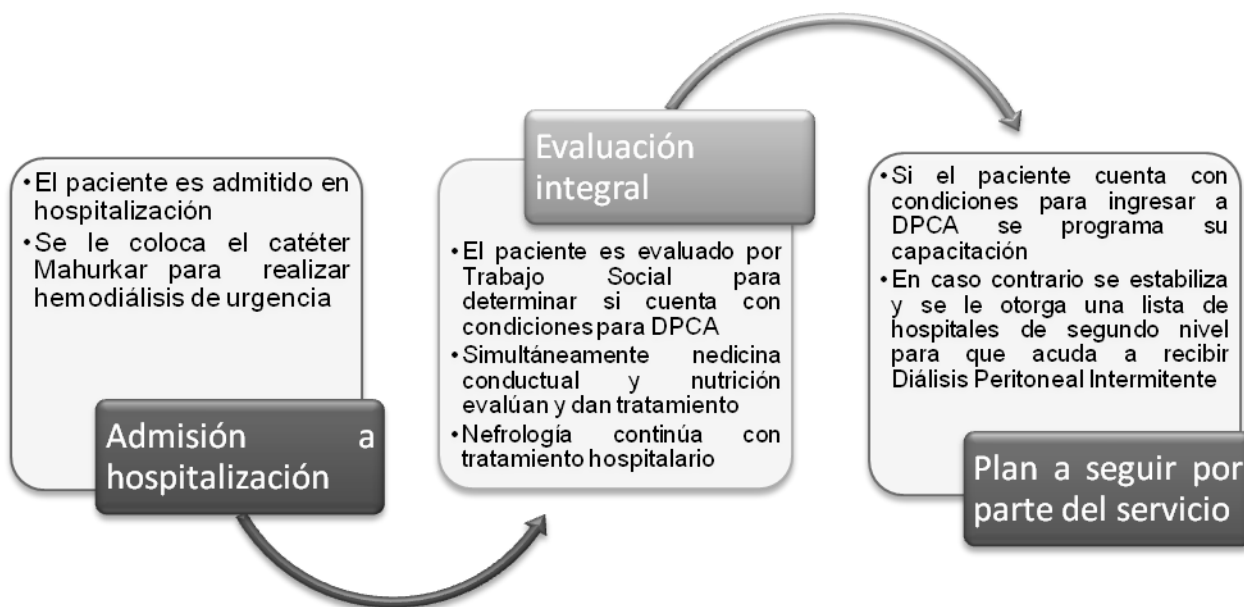


Figura 8. Esquema de trabajo del área de hospitalización del servicio de nefrología

Simultáneamente el equipo se mantiene en comunicación durante todo el tiempo en el que el paciente se encuentra hospitalizado, y en caso de que se encuentre en seguimiento por parte del servicio también se mantiene la interacción, comentando el caso así como las particularidades detectadas en el paciente, tales como condiciones familiares que pudiesen afectar el curso del tratamiento, riesgo de claudicación familiar, alguna característica psicológica que se esté tratando como ansiedad, depresión o falta de adherencia al tratamiento, y todas las áreas comentan sus puntos de vista, así como las particularidades del paciente que atañen a cada disciplina, de tal suerte que en conjunto se norman las directrices a

seguir. Asimismo el equipo en ocasiones colabora en la intervención psicológica y un ejemplo de ello es el caso de la educación para la salud, en la cual puede estar presente un médico que ayude a aclarar aquellos puntos específicos que el residente de medicina conductual no se encuentre autorizado o capacitado para responder, o bien, en los procedimientos médicos invasivos como la colocación y retiro del catéter, toma de biopsia o toma de muestras sanguíneas los médicos y el residente de medicina conductual acordaban estar juntos para preparar al paciente y estar presente durante el proceso.

Objetivo del trabajo del Residente de medicina conductual.

A grandes rasgos que la función principal consiste en la detección de necesidades psicológicas de los pacientes ante procedimientos médicos o ante la estancia intrahospitalaria. Trabajando entre otras cosas:

- Psicoeducación y educación para la salud
- Intervención en crisis
- Trabajo con los familiares
- Sensibilizar, concientizar y agilizar la toma de decisiones
- Entrenamiento en asertividad y solución de problemas
- Diseñar estrategias que fomenten la adherencia terapéutica

Actividades específicas de medicina conductual en el servicio

Durante el año en el servicio de nefrología nos encontrábamos tres residentes de medicina conductual asignadas en el mismo, por lo que se acordó rotar cada cuatro meses en las distintas áreas del servicio, excepto en la consulta externa, que fue cubierta todo el año. Mi rotación interna se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 8.

Rotación interna en el servicio de nefrología

Marzo-junio	Julio-noviembre	Diciembre-febrero
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	Hospitalización	Hemodiálisis
Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa

A continuación, en la tabla 9 se presenta el cronograma general de actividades del residente de medicina conductual en nefrología. Posteriormente se desglosará cada actividad.

Tabla 9.

Cronograma de actividades diarias en el servicio de nefrología

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:30-8:30 Clase médica de nefrología	7:30-8:30 Clase médica de nefrología	Sesión general en el auditorio 8:00-9:00	Sesión bibliográfica psicopatología 8:00 – 9:00	7:30-8:30 Clase médica de nefrología
Entrega de guardia y pase de visita nefrología 8:30 – 9:30	Entrega de guardia y pase de visita nefrología 8:30 – 9:30	Entrega de guardia y pase de visita nefrología 8:30 – 9:30	Informes con el equipo sobre el estado de salud del paciente (dado que ese día los residentes de medicina conductual no pasábamos visita) 9:00 – 10:00	Entrega de guardia y pase de visita nefrología 8:30 – 9:30
*Consulta externa de nefrología (horario variable)	Intervención con pacientes 9:30 – 12:00		Intervención con pacientes 10:00 – 11:00	
Intervención con pacientes Del término de la consulta externa hasta las 15:00 hrs.	Taller de manejo integral del paciente nefrópata (organizado por medicina conductual) 12:30-14:00	Clase con supervisor in situ 10:00 – 11:00	Clase de medicina conductual 11:00 – 12:00	Intervención con pacientes 8:30 – 15:00
	Intervención con pacientes 14:00 – 15:00	Intervención con pacientes 11:00 – 15:00 (Cuando se rotó en hemodiálisis el horario se extendía hasta las 18:00 hrs)	Intervención con pacientes 12:00 – 15 (Cuando se rotó en hemodiálisis el horario se extendía hasta las 18:00 hrs)	

Clase médica. En ella los médicos residentes presentaban temas de nefrología y ocasionalmente se presentaban contenidos alusivos a otras disciplinas como nutrición y trabajo social. El residente de medicina conductual no tenía participación activa en esta clase, era espectador, aunque ocasionalmente el expositor hacía alguna pregunta relacionada con los aspectos psicológicos del tema presentado. La asistencia a estas clases era obligatoria.

Entrega de guardia y pase de visita. Diariamente al terminar la clase en presencia del equipo, el médico residente que el día anterior había estado de guardia informaba cuántos pacientes se encontraban hospitalizados y presentaba un breve resumen de acontecimientos relevantes ocurridos con los pacientes durante la misma. Posteriormente el equipo interdisciplinario integrado por un adscrito, un residente de nefrología, un residente de medicina conductual, un trabajador social, nutrición y enfermería de DPCA pasaban cama por cama, en donde el residente de nefrología que se encontraba a cargo de hospitalización presentaba un informe sobre el estado de salud del paciente, se revisaba el expediente, los estudios realizados y se comentaban los pendientes, tales como estudios, sesiones de hemodiálisis, probables altas y si el paciente contaba con condiciones para integrarse al programa de DPCA. Generalmente todo el equipo hacía comentarios sobre lo más importante que cada área había detectado en dicho paciente. El residente de medicina conductual tomaba nota sobre lo más importante del estado médico del paciente y la impresión psicológica del mismo.

Consulta externa. En el consultorio de nefrología el residente de medicina conductual acompañaba a uno de los médicos adscritos mientras éste daba su consulta, detectando necesidades relacionadas con el área de psicología.

Atención a pacientes en DPCA. Durante la semana de capacitación de los pacientes en este programa la tarea principal del residente de medicina conductual era diseñar estrategias de intervención que fomenten la adecuada adherencia terapéutica, modificación de conductas y técnicas que faciliten el cambio en el estilo de vida del paciente y el familiar, además de identificar si el paciente y/o el cuidador presentaban alguna alteración psicológica que amerite atención.

Atención a pacientes de hemodiálisis. Dado que los pacientes que se encuentran recibiendo este tratamiento ya han trabajado anteriormente con otros residentes de medicina conductual lo que se hacía principalmente era dar seguimiento al trabajo que habían realizado antes. En el caso de los pacientes de recién ingreso a hemodiálisis se identificaba si requerían apoyo de medicina conductual.

Atención a pacientes de hospitalización. Se entrevistaba a todos los pacientes hospitalizados para identificar la necesidad de apoyo psicológico por parte de medicina conductual y posteriormente en caso de requerirlo se aplicaban instrumentos psicométricos según la impresión psicológica. En general a todos los pacientes se les daba información sobre la ERC, ya que llegaban con múltiples dudas acerca de la enfermedad y sobre todo del tratamiento, por lo que se les explicaban generalidades del funcionamiento renal, la enfermedad, los tratamientos y los cambios en el estilo de vida que habrían de realizarse. Lo anterior se apoyaba con un manual informativo que diseñé y trípticos sobre diferentes aspectos de la ERC (ver anexo 5).

Taller de manejo integral para pacientes renales y sus familiares. Los martes a las 12: 30 se impartía este taller al cual se invitaba a todos los cuidadores de los pacientes hospitalizados en el servicio y a los pacientes y familiares que se encontraban capacitándose para el programa de DPCA. En dicho taller distintos miembros del equipo de salud exponían temas de interés alusivos a las diferentes disciplinas que participan en el servicio de nefrología.

Elaboración de notas clínicas. Cada vez que se realizaba intervención psicológica con algún paciente se integraba una nota clínica en el expediente, en el caso de los pacientes hospitalizados se agrega al expediente clínico y la nota se realiza en formato SOAP, mientras que en los pacientes de hemodiálisis la nota se integra en el expediente que el paciente tiene en dicha área, en un apartado destinado específicamente para nuestras notas y se utiliza un formato diseñado para las mismas, que son más breves y concretas, pues dado el espacio disponible en el expediente no resulta funcional elaborar una nota SOAP (ver anexo 8 para conocer el formato).

Diseño de material informativo. Con el apoyo de la jefa del servicio se diseñó un paquete de material impreso informativo en el que se explican generalidades del padecimiento y aspectos psicológicos del mismo tanto en pacientes como en familiares (ver anexos 4 al 7). El material diseñado fue el siguiente:

- 1 Manual sobre ERC
- 1 Manual sobre hemodiálisis
- 1 Tríptico sobre la DPCA
- 1 Tríptico sobre aspectos psicológicos del cuidador primario del paciente nefrópata
- 1 Tríptico con estrategias para adherirse al control en la ingesta de líquidos

Asimismo, se había planeado diseñar carteles informativos sobre la ERC que pudiesen colocarse afuera de las salas de hospitalización, sin embargo dicho objetivo ya no se alcanzó a cubrir, dado que se tuvo que realizar la rotación del segundo año, no obstante, es un plan que se mantiene en pie.

Actividades académicas:

Supervisión in situ: Dr. Ricardo Gallardo Contreras.

Los días miércoles y jueves se asiste a clase con el Dr. Gallardo y en ella básicamente se presentan casos clínicos y temas diversos de psicopatología.

Supervisión académica: No se contó con este tipo de supervisión para los residentes de medicina conductual en nefrología durante mi estancia en el servicio.

Clases de medicina conductual: Esta clase fue diseñada por las residentes de medicina conductual en nefrología y en ella se presentaban diferentes técnicas de intervención cognitivo conductual, así como su aplicación clínica en los pacientes nefróticas, los pasos a seguir para la aplicación y sus contraindicaciones. Además se exponía sobre diferentes temas de interés en nuestra disciplina.

Sesión general en el auditorio. Todos los miércoles en el auditorio “Dr. Manuel Velazco Suárez” del Hospital Juárez de México a las 8:00 am los médicos de todos los servicios del hospital presentaban temas relacionados con sus áreas de estudio. La asistencia a estas sesiones era obligatoria para todos los residentes.

Datos sobre las intervenciones

Se realizó un total de 2189 intervenciones en el servicio de nefrología. La edad de los pacientes fluctuó entre los 17 y los 82 años de edad. Las técnicas más empleadas fueron educación para la salud (aplicada en un 98.97% de los casos atendidos) y psicoeducación (98.76% de los casos atendidos), seguidas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, balance decisional, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, control de estímulos, distracción cognitiva y relajación. El mayor número de pacientes fue atendido durante hospitalización por diagnóstico reciente, seguido por pacientes en hemodiálisis.

El padecimiento más visto fue la enfermedad renal crónica, aunque también atendí a tres pacientes con síndrome nefrótico, de las cuales posteriormente se confirmó diagnóstico de nefropatía lúpica por lupus eritematoso sistémico.

Respecto a los problemas psicológicos más frecuentes se observó que la ansiedad (36%), la depresión (23%) y la falta de adherencia terapéutica (22%) fueron los más atendidos (figura 9).

Problemas psicológicos más frecuentes en el servicio de nefrología

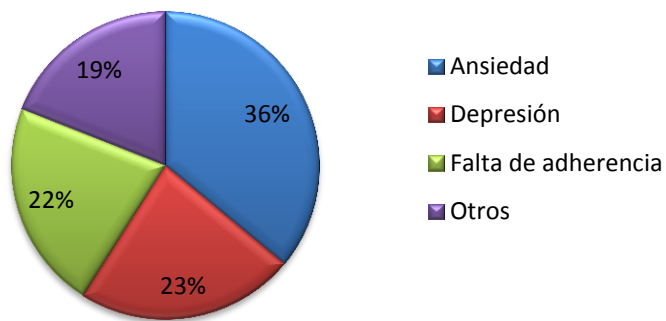


Figura 9. Problemas psicológicos más frecuentes en el servicio

Evaluación del primer año de rotación.

Este servicio cuenta con todas las condiciones para que el residente en medicina conductual pueda llevar a cabo su trabajo de modo satisfactorio. En nefrología se trabaja de manera interdisciplinaria, lo que además de permitir brindar una atención de mayor calidad para los pacientes también es enriquecedor ya que permite obtener aprendizaje respecto a las diferentes disciplinas que participan en el servicio. Este servicio funciona como un todo, lo que además brinda la oportunidad de integrar el conocimiento en aras de lograr un fin común y también facilita que el residente de medicina conductual se sienta integrado en el equipo, pues se le toma en cuenta y se valora su opinión, ya que tanto los médicos como los compañeros de las demás disciplinas se encuentran sensibilizados hacia nuestra profesión y área de estudio. Asimismo este servicio se encuentra adecuadamente estructurado y aunque se trabaja en equipo, cada miembro tiene bien delimitadas sus funciones, por lo que existe mucho respeto para las actividades realizadas por cada uno.

En cuanto a la supervisión in situ, a título personal considero que sería importante contar con un supervisor que maneje la corriente cognitivo conductual, ya que el actual tiene un enfoque psicodinámico, lo cual no resulta lo suficientemente enriquecedor al momento de requerir una asesoría o cuando se presentan casos

clínicos, pues aunque suele respetar el punto de vista del residente de medicina conductual continúa haciendo hincapié en tomar en cuenta aspectos de la corriente psicodinámica como los deseos inconscientes, los mecanismos de defensa y algunos otros que en nuestra área no resultan funcionales.

Asimismo considero de vital importancia contar con supervisión académica, pues aunque conté con el apoyo de mi tutora en los casos difíciles, tampoco me resultaba posible acudir con ella de manera frecuente cada vez que me surgiera una duda, por lo que un buen supervisor académico que asistiera con frecuencia a la sede y conociera el contexto del servicio resultaría sumamente enriquecedor, además de necesario.

Competencias adquiridas durante el primer año de rotación

Aprendizaje sobre el manejo integral del paciente con enfermedad renal crónica y lupus eritematoso sistémico.

Trabajo interdisciplinario (pues aunque yo contaba con experiencia en hospitales, el trabajo realizado en los mismos no había sido del todo integral).

Comunicación efectiva con miembros del equipo de salud y capacidad para expresar ideas y opiniones desde el punto de vista de medicina conductual.

Habilidades para establecer componentes de relación con pacientes y familiares.

Habilidades para identificar necesidades de apoyo psicológico.

Habilidad para aplicar la técnica cognitivo conductual más adecuada de acuerdo con las necesidades y características del paciente.

Habilidad para identificar la necesidad de canalizar al paciente a otros profesionales de la salud en caso necesario, como psiquiatría.

Actividades académicas durante la rotación

- Asistencia al V Congreso Iberoamericano de Psicología de la salud con el cartel “Evaluación del estrés ante procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos”. Resultando finalista en la modalidad de cartel.
- Sesión académica “Medicina conductual” en el aula magna del Hospital Juárez de México ante profesionales de los diferentes servicios
- Curso taller “Asertividad” dirigido a enfermeras y coordinado por la dirección de Enfermería.
- Informe de prácticas profesionales del servicio presentado en mesa temática del 2º Coloquio Estudiantil “Repensando la Psicología”
- Cartel “Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad hospitalaria en un caso de enfermedad renal crónica” en 2º Coloquio Estudiantil “Repensando la Psicología” en modalidad cartel

Actividades académicas derivadas de la rotación:

- Asistencia al VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud con el cartel: “Efectos de una intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad por catéter Mahurkar en una paciente con enfermedad renal crónica”

3.

**SEGUNDA ROTACIÓN
SERVICIO DE CLÍNICA DEL
DOLOR**

**INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA**

Marzo 2012–Febrero 2013

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PADECIMIENTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO

3.1.1 Aspectos médicos del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (IASP) define al dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de dicho daño”. Se trata de una experiencia subjetiva y el dolor existe siempre que el paciente lo refiera (López, Iturralde, Clerencia & Ortiz, 2007).

Vías de transmisión del dolor.

Se han identificado tres tipos de receptores nerviosos o nociceptivos, que son terminaciones libres de fibras nerviosas ubicadas en tejido cutáneo, articulaciones, músculos y en las paredes de las vísceras. Estos receptores se encargan de captar los estímulos dolorosos y transformarlos en impulsos:

- Mecanorreceptores: Estimulados por la presión de la piel

- Termorreceptores: Que se estimulan mediante temperaturas extremas estimulados por temperaturas extremas.

- Receptores polimodales: Se encargan de responder de modo indistinto a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos (López, et al., 2007).

La información nociceptiva generada a consecuencia del daño en un tejido llega al cerebro a través de diferentes vías. En su inicio a nivel periférico implica la activación de receptores especializados denominados nociceptores, que son terminaciones nerviosas libres de las neuronas sensoriales primarias, cuyos cuerpos celulares se ubican en las raíces dorsales de la médula espinal (Besson, 1987). De ellos parten fibras aferentes que pueden clasificarse en dos tipos:

Fibras A δ : Se encuentran ligeramente mielinizadas y su velocidad de conducción va de 4 a 32 m/s. Se han descrito dos tipos de ellas, que corresponden a los nociceptores mecánicos de alto umbral y a los mecanotérmicos. Se asocian al primer dolor, cuya aparición es inmediata y bien localizada (Tortorici, 2009).

Fibras C: Son amielínicas, su velocidad de conducción es lenta, de 0.5 – 2 m/s y se adaptan con lentitud. Son llamados nociceptores polimodales dado que responden a estímulos nocivos térmicos, eléctricos, mecánicos y químicos. Se relaciona con el segundo dolor, quemante y difuso, que produce una segunda oleada de malestar (Tortorici, 2009; González, González, Toro & de Márquez, 1998; Rosenzweig, Leiman, Soler, 2001).

La estimulación nociva despolariza al nociceptor en un proceso denominado transducción, en ese momento se lleva a cabo la codificación sensorial, en donde la información es convertida en un código de impulsos eléctricos, el cual constituye el mensaje nociceptivo que se transmite de la periferia al sistema nervioso central (SNC) a través de los aferentes primarios. Ambos procesos se encuentran influidos por el microambiente en el que se encuentran los nociceptores. Existe una serie de mediadores químicos liberados en los tejidos cuando existe daño tisular, para los cuales los nociceptores cuentan con receptores en sus membranas entre los cuales se encuentran: sustancia P, bradiquinina, opiáceos, histamina, serotonina, prostaglandinas, capsaicina, ATP, hidrogenoides, citoquinas y factores neurotróficos, los cuales modulan la excitabilidad de las fibras A δ y C (Tortorici, 2009).

Los aferentes primarios penetran en la médula espinal a través de las raíces posteriores hasta llegar al asta dorsal, en donde establecen conexión con las neuronas de relevo. En la médula espinal se encuentran las neuronas nociceptivas específicas que se ubican en las láminas I y II de las astas dorsales. Existen aferentes que alcanzan niveles más profundos y llegan a la lámina V, en la cual establecen sinapsis con neuronas llamadas de amplio rango dinámico, ya que

además de recibir información nociceptiva, reciben aferencias de mecanorreceptores no nociceptivos o de bajo umbral. Estas células son el blanco principal de los cambios que sufre el SNC cuando un dolor agudo se convierte en crónico.

Las neuronas del asta dorsal envían sus axones de relevo a través del plano de simetría bilateral, cruzan al lado opuesto de la médula por la comisura gris ventral hacia el cuadrante ventrolateral, sitio desde el cual las proyecciones pueden alcanzar diferentes estaciones del tallo cerebral, específicamente los haces espinorreticular y espinomesencefálico. El mensaje puede seguir de forma directa hasta el tálamo, hacia el haz espinotalámico, en donde existen núcleos especializados en distintos aspectos de la sensación dolorosa, específicamente se han identificado los núcleos de orientación más lateral, que participan en aspectos sensoriales-discriminativos, en tanto que los de ubicación más medial participan en la parte afectiva del dolor. Las diferentes estaciones proyectan hacia la corteza cerebral, en la corteza somatosensorial primaria, corteza somatosensorial secundaria, ínsula, corteza cingular anterior y algunas zonas del cerebelo. En el momento en el cual se proyecta el mensaje nociceptivo hacia dicha área se convierte en la experiencia consciente del dolor (Rosenzweig, 2001; Tortorici, 2009). En la figura 10 se muestran las vías del dolor.

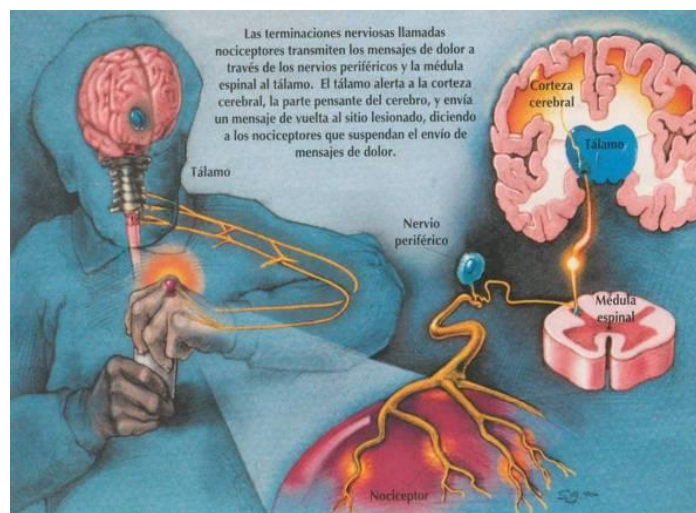


Figura 10. Vías del dolor (obtenido de <http://www.uantof.cl/semnda/dolespalda.htm>)

El dolor puede clasificarse de la siguiente manera:

- De acuerdo a temporalidad: Dolor agudo y dolor crónico

Se considera *dolor agudo* a la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo por una noxa, se trata de una señal de alarma activada por los sistemas protectores del organismo y por ello cumple una función de protección biológica. Aparece por una estimulación química, mecánica o térmica. Este tipo de dolor generalmente se debe al daño tisular somático o visceral, con un curso temporal que sigue el proceso de reparación y cicatrización de la lesión que lo originó. Se trata de un dolor cuya duración es menor a 6 meses. En este tipo de dolor los síntomas psicológicos son escasos y generalmente se presenta ansiedad (López, et al., 2009; Hui, 1999).

El dolor crónico es aquel que persiste más allá de la lesión que lo originó, permaneciendo incluso una vez que dicha lesión desaparece. Generalmente, el dolor crónico aparece ante una enfermedad persistente cuya evolución conlleva su presencia aun en ausencia de lesión periférica. Asimismo, el dolor crónico más que un síntoma se considera un síndrome en sí mismo. Este tipo de dolor no cumple con una función protectora, además de asociarse a diversos síntomas psicológicos, principalmente la depresión (Hui, 1999).

Dolor crónico agudizado. Se debe a circunstancias que pueden exacerbar el dolor crónico, tales como crecimiento tumoral, invasión a otros órganos o sistemas, líquido de ascitis o edema, realización de procedimientos médicos como colocación de catéteres, punciones, biopsias, cirugías, quimioterapia o radioterapia (Tenopala, Torres & Tenolapa, 2009).

En la tabla 10 se presentan las principales diferencias entre ambos tipos de dolor.

Tabla 10.

Diferencias entre dolor agudo y crónico (López, et al., 2007)

Diferencias entre dolor agudo y dolor crónico		
	Dolor agudo	Dolor crónico
Mecanismo de producción	Lesión súbita y corta	Lesión tisular crónica
Temporalidad	Menor de 6 meses	Mayor de 6 meses
Sedación	Puede ser deseable	Debe evitarse
Duración de la analgesia	Hasta que pase el episodio agudo	Todo el tiempo posible
Administración del fármaco	Pautada	Pautada
Dosis y vía	Estándar y parenteral	Individualizada y oral
Medicación coadyuvante	No suele requerir	Necesaria
Dependencia y tolerancia	Rara	Frecuente
Componente psicológico	No determinante	Determinante
Estado emocional predominante	Ansiedad	Depresión

- De acuerdo a su fisiopatogenia

Nociceptivo. Es un dolor generado por la estimulación de un sistema nervioso que funciona de manera normal (García, s.f). A su vez, este tipo de dolor se subdivide en:

- Somático: Es el dolor que afecta la piel, músculos, huesos o ligamentos. Como características distintivas es localizado, circunscrito a la zona, las sensaciones son precisas (López, et al., 2007).
- Visceral: Afecta a los órganos internos. Es un dolor vago, difuso, mal localizado que se irradia más allá del órgano afectado. Es un dolor referido hacia zonas distantes respecto del área donde se origina. Se acompaña de reacciones reflejas, motoras y vegetativas (López, et al., 2007).

Neuropático. Surge como respuesta a una lesión primaria o una disfunción del sistema nervioso y se asocia a trastornos motores y sensitivos. Como característica, este dolor es urente, punzante, se presenta sensación de toque eléctrico, puede ser agudo e intenso o bien, continuo y con exacerbaciones. Su localización puede ser tanto superficial como profunda y también puede empeorar

con el movimiento. Asimismo, como signos y síntomas característicos del dolor neuropático se presentan los siguientes (Haanpää, et al., 2009):

- Disestesia. Sensación anormal desagradable que puede ser evocada
- Hiperalgesia. Respuesta incrementada a un estímulo que normalmente es doloroso
- Hiperestesia. Sensibilidad incrementada a la estimulación
- Parestesia. Sensación anormal de hormigueo y adormecimiento.
- Alodinia. Presencia de dolor ante estímulos que normalmente no son dolorosos
- Igualmente pueden presentarse alteraciones autonómicas como vasodilatación o vasoconstricción, anhidrosis o hiperhidrosis (Scaldding, 2003; Pedraza, 2007).

Dolor oncológico

El dolor oncológico es un estado multifactorial que se debe estudiar detenidamente al mismo tiempo que se inicia su tratamiento (Whizar & Ochoa, 2005). Bonica (1980) define al dolor oncológico de la siguiente forma: “Es aquel dolor provocado por cualesquier {sic} tumor maligno o como consecuencia de las intervenciones terapéuticas hacia el tumor o ambos”. Se encuentra ocasionado, principalmente por la tumoración hasta en un 90% de los casos, de los cuales un 70% se origina debido a la invasión en huesos, tejidos blandos, o estructuras neurales, otro 20% se debe a efectos secundarios de tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, cirugía, venopunción, aspirado de médula ósea, biopsia y endoscopia, mientras que el 10% restante se produce como consecuencia de procesos que no se encuentran propiamente relacionados con la enfermedad (Plancarte, Guajardo & Guillén, 2006). A su vez, se pueden identificar cinco causas principales de dolor por cáncer: a) derivado del tumor, b) secundario a terapia antineoplásica, c) producido por patologías concomitantes, d) inducido por el estado caquéctico y e) asociado a síndromes paraneoplásicos. De acuerdo con el involucro tisular, el dolor incide en un 85% en tumores óseos y del cérvix, 70-75% en estómago, 50-70% en pulmón, 70% en genitales femeninos y

páncreas, 60-75% genitales masculinos, 55-68% en mama, 58% intestino, 55% riñones, 50-60% colon y recto, y 5% leucemia. Como mecanismos más frecuentes se encuentra la invasión a tejidos blandos, vísceras y hueso, compresión o destrucción nerviosa e incremento de la presión intracraneal (Whizar & Ochoa, 2009). En la tabla 11 se presenta la etiología del dolor por cáncer.

Tabla 11.

Etiología del dolor por cáncer (Whizar & Ochoa, 2009)

Involucro neoplásico 70%	Procedimientos diagnósticos terapéuticos 20%	Síndromes inducidos o por el cáncer 10%
Invasión ósea	Relacionado con el procedimiento	Síndromes paraneoplásicos
Invasión o compresión neural	Agudo o crónico postoperatorio	Asociado a debilidad
Obstrucción de vísceras huecas o canalicular de vísceras sólidas	Post radiación	Otras causas
Obstrucción o invasión vascular	Post quimioterapia	
Ulceración o involucro de mucosas		

El dolor por cáncer se presenta aproximadamente en un porcentaje del 30 al 40% en los casos donde se diagnostica por primera vez; de 25-65% en el caso de los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento, mientras que en los pacientes en estadios avanzados el dolor se presenta en un 80% de los casos. Un 75% de los pacientes con dolor requerirán tratamiento a base de opioides (Plancarte, et al., 2006).

Evaluación del dolor

El método más útil para evaluar el dolor es el registro subjetivo del paciente mediante diversas escalas que miden la intensidad del dolor y permiten además conocer los avances en el manejo y control algico. A continuación se describen brevemente algunas de las escalas más utilizadas para la evaluación del dolor en pacientes adultos.

Escala Visual Análoga (EVA). Es una de las herramientas más utilizadas en la evaluación del dolor, en ella el paciente indica la intensidad de dolor percibida mediante una línea horizontal en donde se encuentran marcados los números del 0 al 10, en donde 0 indica la ausencia total del dolor y 10 representa el peor dolor que el paciente ha experimentado. El paciente debe indicar a lo largo de la línea en qué número se encuentra su dolor (Myles, Troedel, Boquest & Reeves). Se trata de una escala útil y aplicable a pacientes con bajo nivel educativo o aquellos pacientes a quienes les resulta difícil expresarse, sea por dificultades físicas o del lenguaje (Araujo & Plancarte, 2004).

Escala Verbal Análoga (EVERA). El paciente debe expresar su dolor en términos de leve, moderado o severo (Caraceni, et al., 2002).

Escala Numérica descriptiva. Cuantifica la intensidad del dolor con base en una escala del 1 al 100. Los valores abarcan: sin dolor, dolor moderado y el peor dolor posible (Caraceni, et al., 2002).

Escala Verbal Numérica (EVN). Similar a la EVA, sin embargo, en ella el paciente únicamente expresa la intensidad percibida del dolor en términos de un número, sin que se utilice una gráfica (Caraceni, et al., 2002).

Tratamiento del dolor

En 1996 la OMS estableció las guías para el manejo del dolor, en donde diseñó una escalera de 3 peldaños en cada uno de los cuales se manejan distintas opciones farmacológicas (Plancarte, et al., 2006). En esta escalera se presenta el dolor como una entidad dinámica y cambiante, y el suministro de los fármacos analgésicos dependerá de los cambios de la presentación del síntoma álgico (Trejo & Plancarte, 2004). El uso de la escalera llega a proveer una adecuada analgesia hasta en un 90% de los pacientes con dolor oncológico, mientras que en pacientes terminales su efectividad llega a un 75%, sin embargo, se han detectado algunas limitaciones en su uso, por ejemplo: no toma en cuenta qué hacer si el paciente no tolera la vía oral y posteriormente falla la vía transdérmica, o cuando los efectos secundarios son muchos, por lo cual Plancarte, Guajardo y Guillén (2006) proponen un cuarto escalón, en el cual se incluye el manejo intervencionista del dolor mediante bloqueos nerviosos líticos, terapia implantable y procedimientos quirúrgicos.

El objetivo del tratamiento algológico no se limita a disminuir el dolor, sino a prevenirlo de manera continua. Son diversos los factores que deben tomarse en cuenta al momento de elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente (Plancarte, et al., 2006):

- Naturaleza y severidad de los síntomas que interfieren en la vida del paciente.
- Respuesta a tratamientos previos.
- Evolución de la enfermedad.
- Estado físico y psicológico del paciente.
- La preferencia del plan terapéutico por el paciente.
- Condiciones generales del entorno del individuo.

La escalera analgésica de la OMS (ver figura 11) menciona en sus escalones el uso de fármacos de acuerdo a los siguientes parámetros:

- *Primer escalón: Uso de Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos (AINE).*

Se trata de la modalidad analgésica más utilizada en el mundo. Se trata de analgésicos cuyas características son: ser analgésicos para dolor leve a moderado, antipiréticos y antiinflamatorios. Sus efectos secundarios pueden ser gastrointestinales, hematológicos, renales y hepáticos. Los AINE pueden ser clasificados de acuerdo a su estructura química:

- A- Derivados del ácido atranílico y análogos
- B- Derivados del ácido arilacético y análogos
- C- Derivados del ácido arilburtírico
- D- Derivados del ácido arilpropiónico
- E- Derivados del ácido salicílico
- F- Derivados del paraminofenol
- G- Derivados de la pirazolona
- H- Derivados del oxicam

Es importante resaltar el papel de los adyuvantes, que se mencionan en la escalera analgésica. Se trata de fármacos que no poseen propiedades analgésicas, sin embargo se utilizan para el manejo de síntomas asociados con la enfermedad. Entre ellos pueden encontrarse los siguientes:

- Anticonvulsivos
- Antidepresivos
- Corticoesteroides
- Sedantes/ hipnóticos
- Anestésicos locales
- Laxantes
- Otros fármacos que ayudan a potencializar el efecto de los opioides.

El paso hacia el segundo nivel de la escalera se indica cuando existan las siguientes circunstancias:

- Ineficacia de los fármacos utilizados
 - Efectos secundarios
 - Incremento en la intensidad del dolor
- Nivel 2: Opioides débiles +/- AINE +/- adyuvantes.

Se les denomina opioides débiles a aquellos fármacos opioides cuyos efectos analgésicos y secundarios son menores a los de la morfina, existiendo una relación de potencia en la cual los opioides menores son de 6 a 15 veces menos potentes. Se dispone de tres principales fármacos opioides débiles: Codeína, dextropropoxifeno y tramadol. Asimismo, existe una clase de analgésicos opioides denominados morfínicos, dado que cubren las necesidades del tercer nivel sin recurrir a la morfina: Agonistas-antagonistas (nalbufina, butorfanol, pentazocina) y agonista parcial (buprenorfina), que posee un efecto analgésico con una duración de acción mayor, con una potencia 40 veces mayor a la morfina. Su vía de eliminación es biliar, por lo que se vuelve un fármaco de elección en pacientes con características especiales como los nefrópatas (Plancarte, et al, 2006).

- Nivel 3: Opioides fuertes +/- AINE +/- adyuvantes.

Se trata de los morfínicos potentes que se unen a los receptores opioides, principalmente los receptores μ , inhibiendo los mensajes nociceptivos, lo cual modifica la respuesta del organismo ante el dolor. Se han identificado cuatro tipos de células opiáceas: μ , δ , κ y σ . Además del efecto analgésico se observa un estado de euforia, disminución de la ansiedad, estados de excitación, efectos neurovegetativos centrales y efectos periféricos sobre la musculatura lisa. La morfina es el fármaco de referencia en este nivel. Otros opioides fuertes son: oxicodona, fentanilo, hidromorfona, metadona y meperidina (Trejo & Plancarte, 2004).

Las vías de administración de los diferentes fármacos son diversas: oral, rectal, sublingual, enteral, intravenosa, subcutánea, intramuscular, transcutánea, peridural e intratecal (Trejo & Plancarte, 2004).

- Cuarto escalón. Manejo intervencionista del dolor.

Los procedimientos intervencionistas son una alternativa terapéutica para el manejo del dolor que se pueden utilizar para intervenir en el sistema simpático y/o parasimpático, además de técnicas implantables con acción central, las cuales desempeñan a menudo un papel complementario en el manejo del dolor. Se trata de procedimientos que deben ser considerados como una opción terapéutica dentro del modelo de analgesia multimodal, contribuyendo al alivio del dolor cuando las modalidades analgésicas farmacológicas no consiguen controlarlo adecuadamente, además de que suelen tener utilidad en aquellos pacientes con problemas de difícil manejo, lo cual sucede con frecuencia en el medio hospitalario, debido a las necesidades socioeconómicas, las grandes distancias entre los lugares de origen y el hospital, así como la poca disponibilidad de opioides (Plancarte, Guajardo & Guillen, 2006; Machikanti, Singh, Falco, Cash & Pampati, 2010).

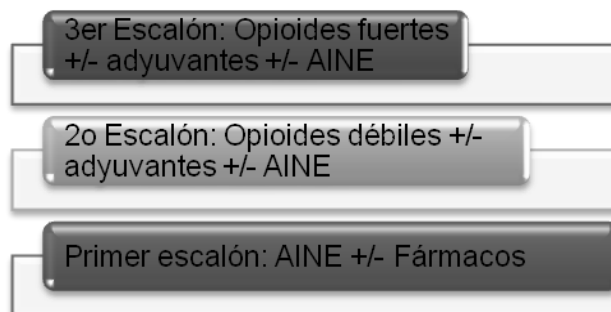


Figura 11. Escalera analgésica de la OMS

3.1.2 Aspectos psicológicos del dolor.

El dolor es uno de los problemas de salud en los que se ha demostrado la importancia de los aspectos psicológicos en la experiencia dolorosa. El Modelo de la Compuerta del dolor propuesto por Ronald Melzack y Patrick Wall (1965) abrió un camino en la comprensión interdisciplinaria del estudio del dolor. Dicha teoría está constituida como un modelo neurofisiológico de modulación del dolor que parte de los descubrimientos de los sistemas de analgesia endógena y la implicación de estructuras superiores en la modulación del dolor en el cual éste pasa de ser considerado una experiencia neurofisiológica per se a ser entendido como una experiencia compleja multidimensional, que consta de tres dimensiones:

- Sensorial discriminativa: Transmitir la estimulación nociva y describir su intensidad y características espacio-temporales. Es la primera codificación del dolor.
- Motivación-afectiva: Implica la vivencia del dolor como desagradable y aversiva. Pueden generarse alteraciones de las respuestas emocionales de la persona como ansiedad, conductas de escape, huida, etc.
- Cognitiva – evaluativa: Implica la participación de variables cognitivas como moduladoras de la experiencia del dolor, así como la participación de procesos como la atención, sugestión, tipos de pensamientos, creencias y atribuciones.

Esta teoría enfatiza la importancia del SNC y del Sistema Nervioso Periférico en la experiencia del dolor. Dicha experiencia es modificada por desde su conducción hacia el cerebro por vías eferentes o descendientes provenientes del cerebro que interpretan la experiencia, por lo que aspectos psicológicos pueden modular la percepción del dolor (Melzack & Wall, 1965).

El dolor es un problema de salud que ha sido abordado de manera interdisciplinaria, enfatizando las alteraciones psicológicas que surgen como consecuencia del mismo, y que al mismo tiempo subyacen a su mantenimiento y exacerbación.

Los pacientes con dolor crónico suelen presentar niveles elevados de depresión y ansiedad, además de cogniciones desadaptativas y pobres recursos de afrontamiento, por lo que es importante que en la evaluación psicológica se obtenga información sobre la experiencia del dolor, especialmente en lo concerniente a ansiedad y depresión, pues la ansiedad disminuye el umbral al dolor y la tolerancia al mismo, la depresión se acompaña de una pobre respuesta al tratamiento y ambas se asocian a una exacerbación de los síntomas médicos. El malestar emocional se ha asociado con una manifestación de síntomas físicos a través de la activación autonómica del estado de alerta (Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara y Vázquez, 2008). Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara y Vázquez (2008) compararon ansiedad y depresión entre pacientes con dolor neuropático y nociceptivo en el que aplicaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ni en cuanto a ansiedad ni en lo referente a depresión; ambas variables se comportaron de manera similar en ambos tipos de dolor, lo cual muestra que el dolor crónico genera sintomatología psicológica similar independientemente de su fisiopatología. Por otra parte, Winnie, et. al (2009) efectuaron un estudio descriptivo en pacientes con cáncer de mama para evaluar la presencia de ansiedad y depresión cuando se presenta dolor oncológico y fatiga, así como la relación con la calidad de vida. Encontraron que del 21 al 36% de los pacientes con dolor presentaron además depresión y ansiedad. Asimismo los hallazgos indican que los pacientes con apoyo social inadecuado experimentan el dolor de manera más intensa y su calidad de vida es menor. En otro estudio, Gálvez, et al. (2006) encontraron que la ansiedad y la depresión incrementan la percepción de dolor y la probabilidad de padecer trastornos del sueño y a su vez mencionan que a mayor intensidad del dolor existen mayores probabilidades de desarrollar depresión y ansiedad.

Bowers (1968) sugiere que la falta de control percibido sobre el dolor es un factor que condiciona la aparición de ansiedad, sobre todo cuando el paciente carece de experiencias reforzantes en su entorno. Asimismo, McCracken y Gross (2008) estudiaron el modo en el que la ansiedad relacionada con dolor afecta el

afrontamiento del mismo, encontrando que aquellas personas con niveles elevados de ansiedad y que además presentan distorsiones cognitivas de tipo pensamiento catastrófico tienen menores herramientas cognitivas y conductuales para hacer frente al dolor y mencionan que el catastrofismo no puede ser considerado como una estrategia de afrontamiento, sino más bien como una variable que condiciona la aparición de angustia y ansiedad.

Miller y Cano (2009) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la prevalencia del dolor crónico, así como los factores de riesgo demográficos asociados a éste y su comorbilidad con la depresión. Los autores realizaron entrevistas telefónicas a habitantes de un estado de la Unión Americana, encontrando que del total de pacientes con dolor crónico entrevistados un 35% de ellos presentaban además depresión, y que ésta no se encontraba relacionada con el tipo de dolor. En un estudio con pacientes con enfermedades crónicas por patología cervical Börsbo, Peolsson & Gerdle, B. (2008) encontraron que la depresión es el factor que influye más en la percepción del dolor, la salud y la calidad de vida, lo cual sugiere la importancia de evaluar a los pacientes para la intensidad del dolor, la depresión y catastrofismo al planificar un programa de rehabilitación. Tal evaluación ayudará a individualizar la terapia y técnicas de intervención a fin de optimizar la eficiencia del programa. Asimismo, existen autores que han estudiado la depresión relacionada con el dolor como un riesgo para la vida del paciente, Cheatle (2011) menciona que las condiciones comórbidas que plantean riesgos para el suicidio, sobre todo la depresión, son frecuentes en pacientes con dolor crónico. Los números de intentos fallidos y suicidios concretados por depresión secundaria al dolor son desconocidos y no pueden ser determinados. Los factores de riesgo para ideas suicidas son tan altos en esta población que puede asumirse que alguna proporción de los que mueren por sobredosis de medicamento podrían realmente haber tenido la intención de suicidarse, no simplemente mitigar su dolor. Dos candidatos mediadores principales en la relación entre el dolor e ideas suicidas son los trastornos del sueño y el pensamiento catastrófico propio de la depresión. La catastrofización del dolor ha sido conceptualizada como un pensamiento exageradamente negativo

sobre el dolor que puede contribuir a la génesis y mantenimiento de la depresión, la intensidad de dolor, y la inhabilidad. De acuerdo con este estudio la magnitud de la depresión y el catastrofismo sobre el dolor predicen la presencia y el grado de ideas suicidas con pobres habilidades para adaptarse al dolor, mismas que se encuentran asociadas con el suicidio, independiente del grado de depresión, y la severidad de dolor. Una mejor calidad del sueño y desarrollar habilidades para adaptarse y afrontar el dolor pueden reducir la incidencia de ideas suicidas y tentativas. Es importante evaluar el riesgo de suicidio. Asimismo, existen características que de acuerdo a la evidencia generan un alto riesgo de suicidio e incluyen la edad (>45 años), género femenino, dependencia al alcohol, intentos suicidas anteriores, historia de antecedentes psiquiátricos, ideación suicida frecuente, poco apoyo social percibido, desempleo, divorcio, enfermedad crónica. El autor concluye que es necesario incluir en la entrevista preguntas sobre estos factores para evaluar el potencial suicida secundario a depresión por dolor crónico.

De acuerdo con el modelo cognitivo conductual el catastrofismo es una variable que agrava el dolor crónico, es decir, para una mayoría de los individuos el dolor es percibido como una experiencia desagradable, sin embargo, para algunos la experiencia no sólo es desagradable, sino que conduce al miedo y será interpretada de manera catastrófica, de tal suerte que el paciente tendrá temor constante a lastimarse, lo que lo conducirá a conductas de evitación que lo limitarán en diversas actividades. El catastrofismo puede entenderse como una serie de cogniciones anticipatorias y negativas acerca del dolor, intensificando el mismo. Se encuentra compuesto por tres dimensiones: magnificación, rumiación e indefensión. Una técnica eficaz en el tratamiento del catastrofismo es la exposición, que como su nombre lo dice, consiste en exponerse sin escapar a una jerarquía de estímulos temidos para activar todas las áreas del miedo hasta que disminuya la respuesta ansiosa. Puede llevarse a cabo en dos modalidades: en vivo, cuando el paciente se expone directamente al estímulo o en imaginación, cuando por contexto resulta difícil exponer al paciente en vivo y el sujeto debe imaginar vívidamente las situaciones temidas. Los paquetes multicomponentes

con enfoque cognitivo conductual son eficaces en el tratamiento del catastrofismo relacionado con el dolor (Rodero, García, Casanueva & Sobradíel, 2008; Spinhoven, et al., 2004).

En este contexto, el especialista en medicina conductual debe optimizar la adherencia terapéutica, fomentar cambios en el estilo de vida y actitudes que le permitan afrontar de manera efectiva la experiencia dolorosa, reestructurar ideas irracionales, contribuir a normalizar el nivel de actividad del paciente y trabajar en la reducción de la sintomatología emocional que contribuye a la exacerbación del dolor (Moix, et al., 2003)

3.2 Formulación de caso clínico 3

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA ANTE UN PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Ficha de identificación

Nombre: P.G.H

Edad: 47 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Número de hijos: 2

Lugar de origen y residencia: México, D.F

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación: Hogar

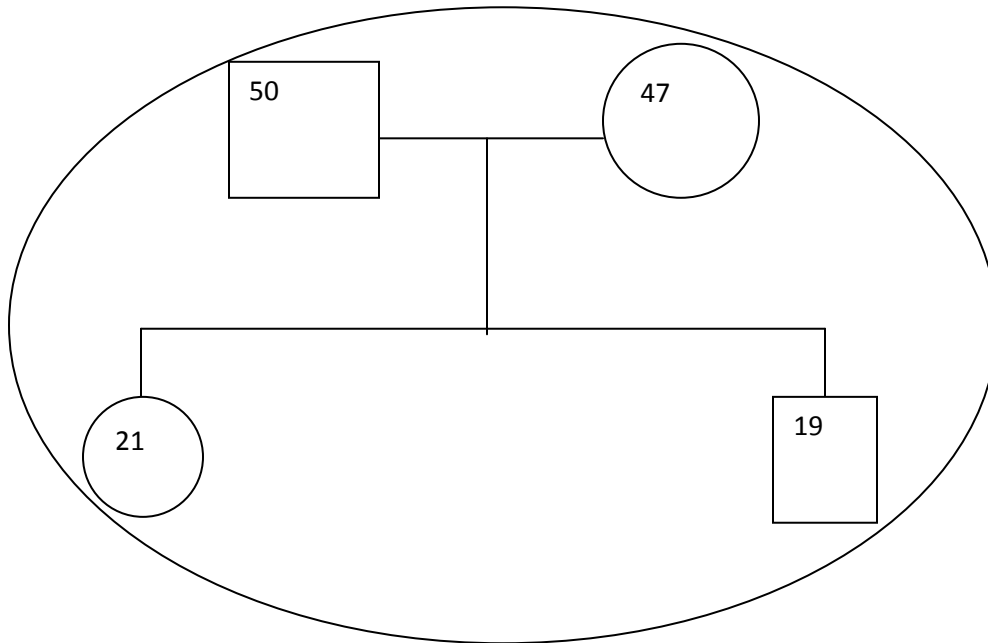
Religión: Católica

Nivel cultural/socioeconómico: Medio-bajo

Dx. Oncológico: Cáncer de mama derecha

Dx. Algológico: Síndrome doloroso nociceptivo axial con componente neuropático secundario a hernia en L5 S1

Familiograma



Examen del estado mental

Paciente femenino de 47 años de edad con apariencia acorde a la edad cronológica, constitución ectomórfica, íntegra físicamente, que se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, alineada con las reglas sociales. En estado de alerta, cooperadora, sostiene contacto visual con el entrevistador. Orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje coherente y congruente, con entonación, volumen y velocidad adecuados, pensamiento abstracto. Memorias conservadas, juicio sin alteraciones. No hay alteraciones en la sensopercepción. Impresiona con inteligencia promedio. Estado de ánimo de predominio ansioso. Cuenta con consciencia de enfermedad. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en la resolución del problema, estrategia de afrontamiento activa centrada en la búsqueda de apoyo social. Cuenta con adecuada red de apoyo y buena percepción de apoyo social.

Antecedentes Heredofamiliares

Padre finado por hipertensión arterial

Hermana con diabetes mellitus tipo II

Antecedentes Personales Patológicos

Quirúrgicos: Cesárea

Alérgicos: Presenta reacción tipo acneiforme a la ingesta de complejo B.

Antecedentes Personales No Patológicos

Habita casa propia con todos los servicios de urbanización; hábitos higiénicos buenos, hábitos alimenticios buenos en calidad y en cantidad.

Escolar: Nivel de estudios licenciatura en turismo. Refiere haber sido buena estudiante.

Social: Refiere ser reservada en cuanto a las relaciones sociales, sin embargo expresa tener un grupo pequeño de amigos.

Familiar: Casada, madre de dos hijos adultos jóvenes. Refiere que la relación con ellos es buena y que la han apoyado en el proceso de la enfermedad, misma que le fue diagnosticada en el año 2010. Su acompañante a las consultas es su hija.

Análisis del motivo de consulta

La paciente fue referida al área de medicina conductual por parte de un médico residente del servicio de Clínica del dolor tres días previos a la realización de un procedimiento intervencionista, debido a que presentaba ansiedad ante el procedimiento -a saber, neuroplastía cervical + depósito de esteroides peridural- y expresaba sentirse “nerviosa y con miedo” ante dichos procedimientos, refiriendo temor al dolor y dudas sobre la anestesia, comentando además que no entendía cómo se iba a realizar, pues contaba con poca información sobre la neuroplastía y expresaba que no quería que el procedimiento involucrara un bisturí, comentando “no quiero que me abran, eso me da mucho miedo y me pone nerviosa, porque una vez operaron a una cuñada de la columna y estuvo sintiéndose muy mal”. Durante la entrevista con la paciente se agregaron a lo anterior pensamientos anticipatorios respecto a los procedimientos médicos, con expresiones como “me da miedo lo que me van a hacer, me da miedo no soportar el dolor y tener que

estar en cama varios días recuperándome u hospitalizada, también me da miedo que se les vaya a pasar la anestesia”. Asimismo, presentaba sudoración y exacerbación del movimiento de las manos y piernas cada vez que pensaba en el procedimiento o le hablaban de él. Además comentaba que la ansiedad le había ocasionado incremento del dolor en ese momento.

Historia del problema

Inicia padecimiento actual en noviembre del 2010 con artralgias, mialgias, dolor a nivel lumbar torácico y dolor a nivel de cara anterior de tórax durante la deambulación, por lo cual acude al médico general, quien le administra ketorolaco con lo que mejora la sintomatología y posteriormente el día 15 de diciembre inicia nuevamente con sintomatología general, presentando astenia, adinamia, disminución de la agudeza visual, por lo cual acude a médico general, quien le solicita panel de hepatitis, mismo que resulta negativo, además de realizarse ultrasonido de abdomen, mismo que refiere presencia de litos biliares de 8 x 2 cm, por lo cual se realiza programación de cirugía, sin embargo, acude a solicitar una segunda opinión, siendo valorada por un médico internista quien solicita nuevos laboratorios, detectando una masa tumoral de 6X6 cm, y enviando a valoración por parte del Instituto Nacional de Cancerología, en donde además de haber sido tratada con dos ciclos de quimioterapia la envían al servicio de clínica del dolor por presentar con dolor de manera intermitente acompañado de calambres, descargas eléctricas, entumecimiento de los pies, frío doloroso y alteraciones en la percepción de los miembros pélvicos bilaterales. Dicho dolor no revierte ante el tratamiento con opioide, por lo que se sugiere realizar una neoplastia y un depósito de esteroides peridural.

La sintomatología ansiosa inició en la consulta médica previa a ser referida al área de psicología, cuando el médico propuso la realización del intervencionismo, verbalizando que el procedimiento sí resultaba de su interés, no obstante se sentía sumamente ansiosa, por lo que el médico residente le planteó ser enviada a valoración psicológica.

Selección de las técnicas de evaluación.

Escala Amsterdam de Ansiedad e Información Preoperatoria (APAIS, ver anexo 10): Se trata de un cuestionario simplificado que comprende seis preguntas, cuatro de las cuales evalúan la ansiedad y las dos restantes el deseo de información. El paciente debe responder según una escala de 5 puntos que va de 1= no en absoluto a 5 = extremadamente, lo que genera puntajes que van del 4 al 20 en las preguntas relacionadas con ansiedad. A partir de 11 puntos en estos ítems se consideran casos de ansiedad preoperatoria. Por su parte, los puntajes correspondientes a las preguntas relacionadas con el deseo de información se clasifican en 2-4 = sin necesidad de información, 5-7= requerimiento de información promedio y 8-10= Elevada necesidad de información (Gonzales & Pinto, 2005).

El Coeficiente Alfa de Cronbach de esta prueba se ha calculado de manera separada para las subescalas de información y ansiedad, encontrando un Alfa de Cronbach de .86 para las preguntas relacionadas con esta última, mientras que para la subescala de información el Alfa de Cronbach es de .68. La validez concurrente de esta prueba fue determinada mediante su correlación con la subescala de Ansiedad- Estado del Cuestionario Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), encontrando una correlación de .75 entre los reactivos correspondientes a ansiedad y el STAI y un .16 con los ítems correspondientes a la necesidad de información (Moerman, Van Dam, Muller & Oosting, 1999).

Escala Visual Análoga de Ansiedad (EVA de Ansiedad): Se ha estudiado la validez de esta escala al momento de evaluar ansiedad prequirúrgica. En un estudio, Kindler, Harms, Amsley y Scheidegger (2000) evaluaron la ansiedad preoperatoria en 734 pacientes mediante la Escala Visual Análoga de Ansiedad y el Cuestionario STAI con el objetivo de obtener la validez concurrente de la EVA correlacionando los resultados de ambas escalas, obteniendo una $r = 0.55$, con

una $P < 0.01$. Se concluyó que la EVA de ansiedad es un instrumento válido y accesible para la evaluación de la ansiedad preoperatoria.

En la tabla 12 puede observarse el mapa secuencial integrativo del caso.

Tabla 12.

Mapa secuencial integrativo

Variables de Estímulos	Variables Organísmicas	Variables de Respuesta	Consecuencias
-Pensar en el procedimiento	Cáncer de mama derecha	Emocional	Malestar clínicamente significativo
-Cuando alguien más le habla sobre el intervencionismo	Síndrome doloroso axial con componente neuropático secundario a hernia en L5	- Miedo - Ansiedad	Exacerbación y mantenimiento del dolor durante los días posteriores.
Lugares	S1	Cognitivas	
-Consultorio de clínica del dolor	Conductas, pensamientos y emociones funcionales	- Pensamientos disfuncionales anticipatorios y catastróficos	No ingresar en condiciones psicológicas óptimas al procedimiento.
	- Capacidad de autoobservación	Motoras	Incremento del tiempo de recuperación.
	- Cooperadora y proactiva	- Incremento del movimiento de manos y piernas	
	- Adecuados recursos cognitivos	Fisiológicas	
	- Adecuada adherencia terapéutica	- Sudoración palmar	
	Conductas, pensamientos y emociones no funcionales	- Incremento del dolor	
	- Pensamientos anticipatorios ante el procedimiento		

Análisis funcional de la conducta

La paciente P. contaba con poco conocimiento acerca del procedimiento a realizarse, lo cual aunado a experiencias previas con otros significativos que han implicado la necesidad de ingresos a quirófano, generaban ansiedad, temor y distorsiones cognitivas con pensamiento catastrófico e ideas sin bases reales, además de pensamientos anticipatorios acerca del dolor producido por la neuroplastía y el depósito de esteroides. Lo anterior exacerbaba el dolor y generaba otras reacciones fisiológicas como la sudoración palmar, lo cual a su vez contribuía a incrementar su ansiedad. Lo anterior podía conllevar a que el dolor se mantuviera a lo largo de los días y que no ingresara a quirófano en condiciones óptimas para el procedimiento, lo cual hubiera podido verse reflejado de manera negativa durante el mismo, ya que el cuerpo responde de diferente forma ante la anestesia en estados ansiosos, incrementa el dolor posterior al procedimiento, lo que conlleva a una mayor necesidad de analgésicos (Valenzuela, Barrera & Ornelas, 2010), además de que contribuye a retardar la recuperación y retrasar el abandono del centro hospitalario, lo que se traduce en costos elevados, no sólo económicos, sino de respuesta tanto para el paciente, como para el equipo de salud y los cuidadores (Gordillo, Arana & Fernández, 2011).

Estudio de los objetivos terapéuticos

Con base en el análisis funcional de la conducta y la demanda del paciente los objetivos terapéuticos fueron los siguientes:

- Ampliar conocimiento sobre el tratamiento intervencionista para modificar las ideas erróneas basadas en la falta de información
- Manejar la ansiedad previa al procedimiento
- Mejorar las condiciones psicológicas de la paciente ante la intervención

Selección del tratamiento más adecuado

Se trató de una intervención psicológica cognitivo conductual dirigida al manejo de la ansiedad previa al procedimiento intervencionista. En la literatura científica se

dispone de estudios que abordan la ansiedad ante procedimientos médicos quirúrgicos, sin embargo, prácticamente no existen como tal estudios que se centren específicamente en la ansiedad ante el manejo intervencionista del dolor.

Los estados de ansiedad elevados en los períodos previos a un procedimiento médico se ven reflejados durante el mismo, pues el cuerpo responde de diferente forma ante la anestesia en estados ansiosos, incrementa el dolor posterior al procedimiento, lo que conlleva a una mayor necesidad de analgésicos (Valenzuela, Barrera, Ornelas, 2010), además de que contribuye a retardar la recuperación y retrasar el abandono del centro hospitalario, lo que se traduce en costos elevados, no sólo económicos, sino de respuesta tanto para el paciente, como para el equipo de salud y los cuidadores (Gordillo, et. al., 2011). Otro de los efectos de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos se relaciona con la comunicación entre paciente y médico, pues no se trata de si la información que pueda suministrar el médico tendrá efectos benéficos o no, sino que la ansiedad dificulta que el paciente pueda comprender adecuada, objetiva y razonadamente las instrucciones y descripciones sobre su enfermedad. Es por lo anterior que, la reducción de la ansiedad previa al acto quirúrgico o anestésico se asocia con mejores resultados (Salzwedel, et. al., 2008), ya que el estado psicológico previo tiene repercusiones en la convalecencia a través de diversos mecanismos entre los que se encuentran los conductuales, ya que el aprendizaje y adecuada ejecución de las acciones que el paciente será capaz de llevar a cabo exitosamente para favorecer su recuperación se encuentran mediadas por procesos emocionales, pues aquellos que se encuentran más ansiosos suelen seguir de manera inadecuada las instrucciones de los médicos en el perioperatorio. Asimismo son importantes los mecanismos fisiológicos, ya que la ansiedad corre paralela a una activación de mecanismos autonómico, neuroendócrino e inmunitario (Moix, 1994).

Pérez, Martín y Quiñones (2001) evaluaron la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación posoperatoria y el dolor posterior a la cirugía de pacientes sometidos a intervención quirúrgica por várices esenciales. Participaron

66 pacientes en quienes se evaluó la ansiedad prequirúrgica por medio de la escala estado del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI), encontrando que el nivel de ansiedad prequirúrgico incrementa de manera paulatina a medida que se aproxima la intervención quirúrgica, alcanzando su máximo nivel el día de la intervención. Asimismo, se encontró que la ansiedad preoperatoria predice el consumo de fármacos y el dolor postoperatorio.

Jlala, French, Foxall, Hardman, Bedfordth (2010) efectuaron un estudio prospectivo, aleatorizado, controlado, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de la información multimedia sobre la ansiedad previa a un procedimiento médico, en el que participaron 100 pacientes adultos, de 18 a 80 años a quienes se les iba a realizar cirugía de mano o de rodilla, bajo anestesia regional o inhibición del plexo braquial. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente de manera posterior a uno de dos grupos: intervención, a quien se le mostraba un video informativo y un grupo control. Los instrumentos utilizados para la medición fueron la subescala estado del inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger; la EVA de ansiedad en una escala del 0 al 100, un cuestionario de retroalimentación, en el que se preguntaba directamente sobre la satisfacción posterior al video. El video utilizado tenía una duración de 9 minutos y en él se otorgaba información relacionada con el procedimiento, así como sobre la anestesia, proporcionada por médicos especialistas que hablaban sobre los potenciales beneficios, riesgos y porcentaje de probabilidad de que el procedimiento fuera fallido. La siguiente escena mostraba el procedimiento anestésico y la última escena mostraba al paciente siendo trasladado a la sala de recuperación. Se realizaron dos videos: uno para cada tipo de procedimiento. Los pacientes fueron evaluados antes del video y posterior al video, así como inmediatamente antes de la cirugía y 8 horas después de la misma. Los pacientes del grupo de intervención redujeron la ansiedad de manera significativa en un $p=0.04$; posterior a la intervención ambos redujeron la ansiedad, sin embargo, en los pacientes del grupo de intervención la ansiedad se redujo de manera estadísticamente significativa en una $p=0.005$. La ansiedad inmediatamente posterior al film no se redujo de manera significativa, aunque sí se redujo comparada a la línea base.

Pittman y Kridli (2011) publicaron una revisión sistemática en donde se incluyeron 11 estudios en los que se evaluaron los efectos de la música sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica, sin embargo los resultados son inconsistentes, ya que únicamente en un 50% de los estudios incluidos se observó evidencia estadísticamente significativa de que la música fuera eficaz en la reducción de la ansiedad preoperatoria.

Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortés (2005) presentaron un ensayo clínico aleatorizado en donde participaron 60 mujeres programadas para histerectomía abdominal total a quienes se dividió en dos grupos: uno de intervención y uno control, al cual se le proporcionó información sobre la cirugía, mientras que el grupo de intervención participó en un programa que consistió en una sesión de 60 minutos en la cual se proporcionaba información a demanda sobre la cirugía y sus aspectos físicos y emocionales, técnicas cognitivas y de apoyo emocional en donde se les permitía expresar sus emociones sobre la cirugía y sus efectos individuales y familiares, mientras que la última parte de la sesión consistía en entrenamiento en habilidades de afrontamiento (búsqueda de apoyo social y pautas de autocuidado postoperatorio) y de manejo del estrés (respiración diafragmática y/o imaginería). Se encontró que quienes recibieron el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad ($p < 0,01$), menor nivel de dolor percibido ($p < 0,05$) y una baja frecuencia de complicaciones, que quienes recibieron la preparación a través de información escrita.

Otro estudio publicado al respecto fue el de Lee, Tong y Gin (2003) quienes efectuaron una revisión sistemática con meta-análisis en donde se estudiaron los efectos de la educación acerca de la anestesia sobre la ansiedad preoperatoria. Incluyeron 15 ensayos clínicos aleatorizados, en los cuales el medio informativo fue video, panfletos, manuales, cintas de audio o internet. La ansiedad preoperatoria se midió a través del cuestionario STAIC, Escala Visual Análoga de ansiedad y Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Yale. En este estudio se obtuvo evidencia de que la información previa al procedimiento redujo significativamente la ansiedad en los grupos de intervención.

Para el caso clínico que a continuación se describe, dada la premura, pues enviaron a la paciente tres días antes del procedimiento, la intervención se dividió en cuatro sesiones, mismas que a continuación se describen:

Sesión 1.

Objetivo: Recabar información y establecer objetivos terapéuticos, así como la línea base de las medidas de ansiedad preoperatoria.

Procedimiento. Una vez referida a la paciente se realizó entrevista breve semiestructurada y con base en el motivo de consulta y la demanda de la paciente se aplicó una EVA de ansiedad y la Escala Amsterdam de Ansiedad e Información Preoperatoria (APAIS). La EVA de ansiedad registrada fue de 9. Se planeaba comenzar con la información desde esa sesión dado su EVA de ansiedad, sin embargo, ello no fue posible debido a que la paciente tenía cita para consulta de seguimiento en su servicio tratante.

Sesión 2.

Objetivo. Brindar información acerca de la anestesia y el procedimiento para modificar los pensamientos evocadores de ansiedad derivados de la falta de conocimiento sobre el procedimiento. Comenzar a entrenar en relajación mediante respiración diafragmática.

Procedimiento. Inicialmente se midió la EVA de ansiedad previa a la sesión, encontrando que era de 9. Se contó con la participación de un médico residente de la subespecialidad de medicina intervencionista, de la clínica del dolor, quien explicó detalladamente a la paciente el procedimiento, mismo que además de ser guiado por imágenes, no involucra el uso de bisturí, sino exclusivamente de agujas, así como el hecho de que el paciente puede retirarse ese mismo día a su casa por su propio pie. El médico además hizo hincapié en el hecho de que los algólogos intervencionistas son también anestesiólogos y en la modalidad de anestesia que se utilizaría (anestesia

superficial). Al mismo tiempo que cuando el médico explicaba, yo instigaba a la paciente a expresar sus dudas e inquietudes. Una vez hecho lo anterior la paciente refirió verbalmente sentirse más tranquila y con buena disposición para realizarse el procedimiento, expresando “todo eso me daba miedo, pero ya me siento muy tranquila porque no me van a abrir y eso era lo que me daba miedo, además de que el doctor ya me tranquilizó acerca de la anestesia, porque yo pensaba que me iban a dormir y que iba a quedarme internada, pero saber que no va a ser así me hace sentir muy bien. Ahora espero el procedimiento con más ganas”.

Al terminar la fase de información comenzó a entrenarse a la paciente en respiración diafragmática. P. comenta que hace algunos meses, cuando ingresó al instituto una psicóloga la entrenó en dicha técnica, aunque refería no practicarla a menudo. Se le solicitó que mostrara la manera en que la realizaba, encontrando que la aplicaba correctamente. Como tarea para su casa se le pidió que practicara la técnica.

Sesión 3.

Objetivo: Continuar con entrenamiento en técnicas para el manejo de la ansiedad preoperatoria.

Procedimiento. Se midió la EVA inicial de ansiedad previa al comienzo de la sesión, misma que fue de 1. Se prosiguió practicando la respiración diafragmática y a ello se sumó la aplicación de imaginería, dado que se trata de una técnica sencilla que resultaba útil en ese momento, dado que únicamente faltaba un día para el procedimiento. Se solicitó que además de practicar en casa la respiración diafragmática también implementara la técnica de imaginería.

Posteriormente se entrenó a la paciente en la técnica de autoinstrucciones, solicitando que propusiera autoverbalizaciones que la ayudaran a sentirse más tranquila. La paciente se mostró proactiva y entre las verbalizaciones que propuso se encontraron: “tranquila, todo va a estar bien, los médicos saben lo

que hacen”, “tranquila P., ya te explicaron que no van a abrirte ni te van a dejar una herida”, “cálmate, relájate P., tu familia te estará esperando afuera y después vas a poder irte a tu casa”. Se explicó la función de dicha técnica y se encomendó practicarla tanto en casa como momentos antes de ser intervenida.

Sesión 4. Día del procedimiento.

Objetivo. Repasar las técnicas y aplicar instrumento de medición.

El día del intervencionismo, el servicio de clínica del dolor solicita a los pacientes llegar a las 6:30 am, por lo que se acordó con la paciente que para la sesión final la cita sería a las 6:00 am. Una vez en el lugar se aplicó nuevamente la escala APAIS y la EVA de ansiedad, que en ese momento era de 2. La paciente refirió haber practicado las técnicas y sentirse tranquila, relajada y preparada para el procedimiento intervencionista.

Una vez evaluada se repasaron las técnicas de respiración diafragmática, imaginación y autoinstrucciones, mismas que su hija comentó haberle ayudado a implementar. Posteriormente, a las 6:40 am, P. fue llamada a la sala de procedimientos.

Resultados.

En la figura 12 se muestran los resultados obtenidos en la escala APAIS de ansiedad e información, en donde se observa que en cuanto al nivel de ansiedad preoperatoria, P. inicialmente registró un puntaje de 10 para la escala de ansiedad, equivalente a “ansiedad”. Una vez terminado el tratamiento obtuvo un puntaje de 5, que se interpreta como “no ansioso”. Asimismo, para la subescala de requerimiento de información, previo al tratamiento, la paciente obtuvo una puntuación de 7, que equivale a “necesidad promedio de información”, mientras que al terminar el tratamiento su puntaje fue de 2, lo cual equivale a “no requerimiento de información”.

Puntajes obtenidos en la escala APAIS

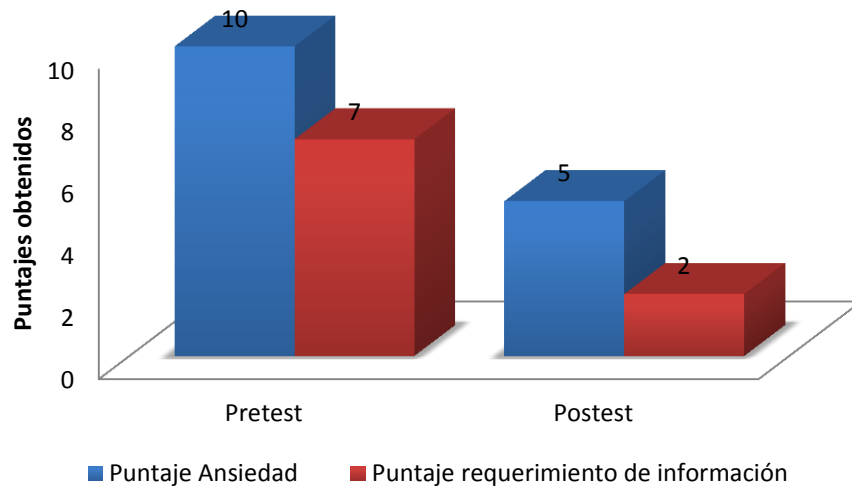


Figura 12. Resultados de la escala APAIS

Escala Visual Análoga de ansiedad

En cuanto a la EVA de ansiedad, en la figura 13 se muestran los resultados obtenidos, en donde puede observarse un decremento en los valores subjetivos de ansiedad medidos a través de esta escala.

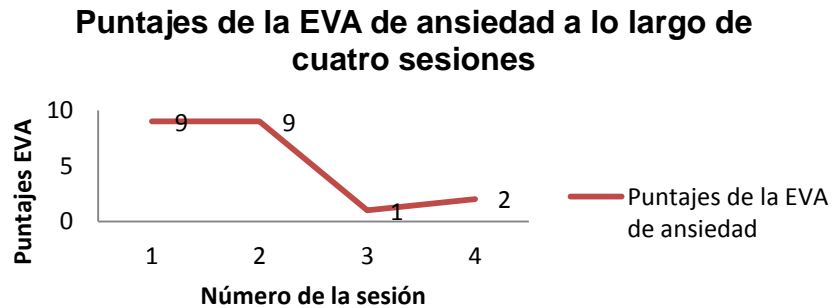


Figura 13. Puntuaciones obtenidas en la Escala Visual Análoga de ansiedad durante las cuatro sesiones.

Resultados del seguimiento a 6 meses y un año del tratamiento.

P. ha acudido a sus citas de seguimiento con los médicos de clínica del dolor en dos de ellas se llevó a cabo el seguimiento, seis meses y un año después. La neuroplastía y esteroides peridurales tuvieron un resultado médicamente satisfactorio y el dolor de la paciente se redujo de una EVA de 8 a un 2.

A los seis meses de realizado el procedimiento, se le solicitó a P. que manifestara la EVA de ansiedad que ella consideraría si en ese momento le propusieran un nuevo procedimiento intervencionista. P. refirió una EVA de ansiedad de 1, comentando que en caso de que le fuese propuesto un nuevo procedimiento se sentiría menos ansiosa al respecto, pues llegaría con mejor conocimiento acerca de este tipo de intervenciones, sus ventajas, sus desventajas, así como los riesgos. Además expresó que gran parte de la ansiedad que presentaba se debía al desconocimiento del procedimiento y a ideas erróneas acerca del mismo. En la escala APAIS se le dio la misma instrucción y obtuvo puntajes de 4 en la subescala de ansiedad y 2 en la correspondiente al requerimiento de información sobre el procedimiento.

Seguimiento a un año.

En las medidas correspondientes al seguimiento a un año se le dio la misma instrucción a la paciente: en un escenario hipotético donde se le propusiera un nuevo procedimiento, registrar la EVA de ansiedad y llenar nuevamente la escala APAIS. En la Escala Visual Análoga, P. mostró una puntuación de 0, mientras que en la escala APAIS registró puntuaciones de 4 en la escala correspondiente a ansiedad y 2 en la de necesidad de información, puntuaciones correspondientes a “no ansioso” y “sin necesidad de información” respectivamente. Los resultados se muestran de forma gráfica en las figuras 14 y 15.

Puntuaciones EVA de ansiedad durante el tratamiento, a 6 meses y un año

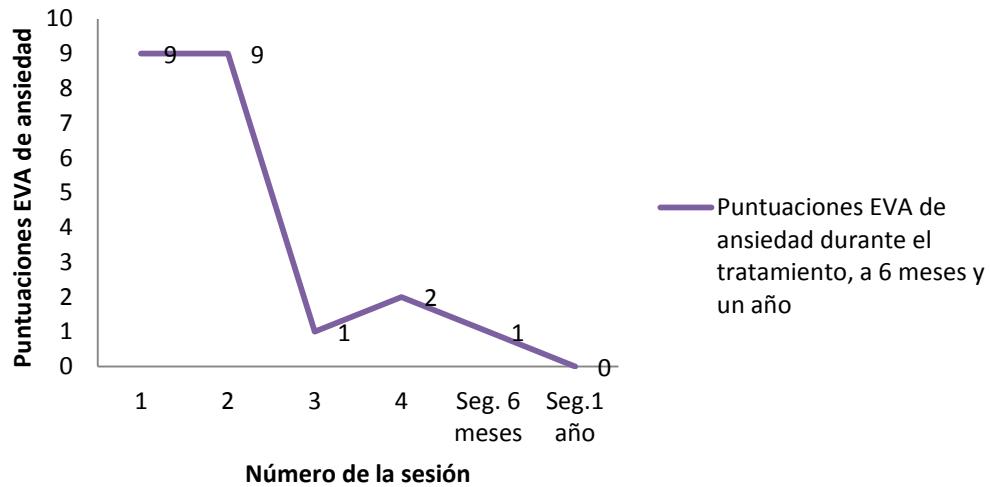


Figura 14. Puntuaciones obtenidas en la Escala Visual Análoga de ansiedad durante las sesiones, a seis meses y un año de seguimiento.

Puntuaciones escala APAIS en seguimiento a seis meses y un año

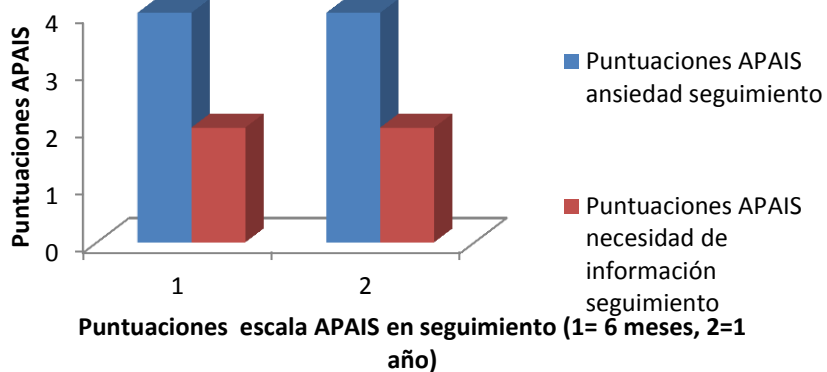


Figura 15. Puntuaciones en la escala APAIS a seis meses y un año de seguimiento.

Además de las puntuaciones registradas, al interactuar con la paciente ésta se observaba con mejor conocimiento acerca de los procedimientos intervencionistas y sus implicaciones. P. además externó que aunque un procedimiento médico invasivo generalmente genera ansiedad, también es cierto que si le propusieran ser intervenida nuevamente esa ansiedad sería menor, pues a decir de la paciente ya cuenta con mejor conocimiento acerca del mismo y pudo darse cuenta de que algunas de las ideas que le generaban mayor ansiedad no se encontraban fundamentadas en la realidad.

Discusión.

Tal como se informa en la literatura científica, uno de los efectos de la ansiedad previa a un procedimiento médico considerado invasivo se relaciona con la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente (Valenzuela, Barrera, Ornelas, 2010), pues en este caso, aunque en el servicio de clínica del dolor los médicos les explican a los pacientes el procedimiento, el estado ansioso inicial de la paciente pudo no haber permitido la adecuada comprensión de la información de manera objetiva, lo cual llevó a generar pensamiento catastrófico e ideas anticipatorias que condicionaron la aparición de ansiedad. No obstante, también es cierto que la información juega un papel importante, pero no sólo la información por sí misma, sino el modo en el cual esta es comunicada por parte del equipo de salud, pues aunque los médicos expliquen de manera amplia, en muchas ocasiones utilizan un lenguaje cargado de tecnicismos, que se vuelve poco accesible para el paciente, lo cual dificulta la comprensión de dicha información.

En este caso la principal limitación asociada al contexto fue el tiempo con el cual se contó para realizar la intervención, pues se desarrolló con premura debido a que el procedimiento intervencionista se encontraba próximo a realizarse. Lo anterior constituye una dificultad, pues el paciente requiere el servicio, sin embargo no siempre tiene la posibilidad de acudir a las citas con medicina conductual de manera tan frecuente en una sola semana, y como ocurrió en este caso, tienen que modificar sus rutinas cotidianas en aras de recibir el tratamiento psicológico a tiempo.

Una limitación relacionada con las citadas en la literatura se refiere a la ausencia de estudios exactamente sobre la ansiedad ante este tipo de procedimientos médicos que permitan contrastar los resultados y más aún, diseñar un tratamiento cuya eficacia se encuentre documentada en casos similares. En este caso se observaron cambios tanto en las medidas obtenidas mediante el HAD como en la EVA, mismas que coinciden con las observaciones realizadas durante la interacción con la paciente y tales cambios se mantienen a seis meses y un año de seguimiento, sin embargo, como ocurrió en los dos casos anteriores no se cuenta con estudios realizados con controles. Asimismo las mediciones de seguimiento se llevaron a cabo partiendo de un escenario hipotético, aunque la paciente mostró mayores herramientas cognitivas y conductuales que pueden permitirle afrontar efectivamente una situación similar en el futuro.

Una ventaja de este estudio de caso es que precisamente por la carencia de literatura científica para casos similares a éste, puede ser un adecuado parteaguas para desarrollar investigación encaminada al manejo de la ansiedad en pacientes previos a ser sometidos a intervencionismo.

3.3 SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Características de la sede.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) es un organismo público, descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud en el cual se otorga atención médica especializada a enfermos oncológicos. Su ubicación es San Fernando No. 22, Tlalpan. Este instituto dirige sus acciones hacia la atención de pacientes oncológicos que no disponen de seguridad social, provenientes de todo el país. El INCan trabaja bajo un enfoque multidisciplinario en el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento y combina funciones asistenciales con actividades académicas y de investigación.

El INCan coordina el desarrollo del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC) el cual incluye cinco temas centrales:

- 1.- Prevención y Detección Temprana del Cáncer.
- 2.- Guías oncológicas para las 10 neoplasias más frecuentes en México.
- 3.- Cuidados Paliativos.
- 4.- Infraestructura Médica y Administración de Servicios Médicos.
- 5.- Control del Tabaquismo.

El servicio de clínica del dolor se divide en cuatro áreas:

Hospitalización. El servicio no cuenta con camas propias, pues se trata de un servicio interconsultante, por lo cual cuando un paciente hospitalizado a cargo de otro servicio presenta dolor se manda la interconsulta, se realiza el manejo farmacológico hasta que existe control del dolor o en caso de que el paciente sea enviado al servicio de cuidados paliativos, este último es el servicio que se queda a cargo del manejo del dolor.

Consulta externa: Se dispone de cuatro consultorios, uno de los cuales está destinado al área de psicología. En esta área se atiende a los pacientes en seguimiento, cuyo padecimiento no amerita hospitalización.

Atención inmediata. Ocasionalmente llamado urgencias, no es propiamente un área del servicio de clínica del dolor, sin embargo, un médico del servicio se hace cargo de aquellos pacientes que lleguen de urgencia por dolor descontrolado, en donde se realiza la revisión del paciente y se suministra medicamento.

Intervencionismo. En esta área se programa y atiende a los pacientes a quienes se les realiza un procedimiento intervencionista para el manejo del dolor. Dichos procedimientos se llevan a cabo en la sala de fluoroscopia los días martes y jueves a partir de las 6:00 am.

El grupo de trabajo del servicio de clínica del dolor se encuentra conformado por:

1 Jefe de servicio: Dr. Ricardo Plancarte Sánchez y 1 coordinador del área académica del servicio: Dr. Jorge Guajardo Rosas.

3 Médicos adscritos: Dra. Rocío Guillén Núñez, Dr. David Reyes Chiquete y Dr. Ángel Juárez Lemus.

7 Médicos residentes de algología y 2 Médicos residentes de manejo intervencionista del dolor.

1 Psicóloga adscrita y supervisora in situ: Lic. Ana María Gutiérrez Chimal.

1 Residente de medicina conductual.

4 Miembros del personal de enfermería.

1 Trabajadora social.

2 Secretarias.

Actividades en el servicio de clínica del dolor

En la tabla 13 se muestra el cronograma de actividades diarias del servicio de clínica del dolor

Tabla 13.

Cronograma diario de actividades en el servicio de clínica del dolor

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Clase médica 7:00 – 8:30	Pacientes de intervencionismo 6:00 – 7:00 Clase médica 7:00 – 8:30	Clase médica 7:00 – 8:30	Pacientes de intervencionismo 6:00 – 7:00 Clase médica 7:00 – 8:30	Clase médica 7:00 – 8:30
Pase de visita 8:30 – 9:30	Intervención con pacientes 8:30 – 15:00	Sesión general en el auditorio 8:30 – 9:30	Intervención con pacientes 8:30 – 15:00	Sesión general en el auditorio 8:30 – 9:30
Intervención con pacientes 9:30 – 12:00		Sesión conjunta con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (día académico) 10:30 – 14:00 (aproximadamente)		Pase de visita 9:30 – 10:30
Supervisión académica 12:00 – 13:00		Intervención con pacientes (Al terminar la sesión del día académico)		Intervención con pacientes 10:30 – 15:00
Intervención con pacientes 13:00 – 15:00				

A continuación se describe cada actividad que se realiza en el servicio:

Clase médica. Diariamente se expone un tema alusivo a la algología, coordinado por un médico adscrito. Generalmente se solicita que cada quién lea y comparta un artículo sobre el tema. Medicina conductual también participaba obligatoriamente tanto con los artículos, como realizando las mismas tareas que los residentes de algología y con clases programadas cada mes, igual que los médicos residentes. Los temas a exponer por parte de medicina conductual fueron diversos y se relacionaban con el manejo cognitivo conductual del dolor o con la esfera psicológica del mismo.

Pase de visita. Se efectúa únicamente lunes y viernes, y en él el jefe de servicio solicita el informe médico del estado algológico de cada paciente visto en piso. Ocasionalmente acude el grupo de trabajo a piso a realizar la exploración al paciente, sin embargo, normalmente los casos se comentan en la sala de juntas. Medicina conductual participa exponiendo el informe del estado psicológico del paciente y se tomaba nota sobre los aspectos más importantes.

Intervención con pacientes en hospitalización y consulta externa. En este año no me tocó realizar rotaciones internas en el servicio, sino que debí cubrir pacientes de todas las áreas cada mes. En ambas áreas se realizaba entrevista y se aplicaban instrumentos psicométricos para identificar necesidades de atención psicológica y con base en ello se diseñaba el tratamiento psicológico.

Trabajo con pacientes de intervencionismo. Ocasionalmente los médicos identificaban a aquellos pacientes que podrían no ser aptos para ser tratados mediante esta modalidad de tratamiento por diversas razones como probables trastornos de depresión y ansiedad, alteraciones cognitivas e indecisión del paciente respecto a la toma de la decisión de someterse a intervencionismo, por lo que se enviaban a medicina conductual a valoración y tratamiento de acuerdo a sus necesidades. En el caso de los pacientes que requerían preparación psicológica, dependiendo del tiempo de anticipación con el cual envíen al paciente podía acudir el día del procedimiento para repasar las técnicas y

ocasionalmente el paciente solicitaba que se les acompañara durante su procedimiento.

Sesión general en el auditorio. Médicos de los diferentes servicios presentan investigaciones, cifras sobre sus áreas y temas de interés. Ocasionalmente se presentan invitados de prestigio en el área de la oncología, tanto nacionales como internacionales.

Sesión del día académico en conjunto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INNCMSZ). En esta actividad los residentes de algología, rotantes de anestesiología y residentes de medicina conductual de los servicios de clínica del dolor del INCan y el INNCMSZ se reunían en lo que se denomina “sesión conjunta del día académico”, en la cual los médicos residentes de algología de ambos institutos se alternaban para presentar casos clínicos relevantes, así como la revisión de un tema específico del dolor o temas relacionados. Generalmente, en los casos presentados por los residentes del INCan me tocaba presentar lo referente al área de psicología como apoyo para mis compañeros, así como la revisión de temas como la depresión, la evaluación del deterioro cognitivo y la claudicación familiar. Asimismo se revisaban artículos acerca del tema de revisión y a medicina conductual le correspondía llevar un artículo que vinculara dicho tema con la psicología. Se solicitaban resúmenes de los artículos y era obligatoria la participación de todos los residentes.

Supervisión académica: Mtro. Edgar Landa

En esta actividad el supervisor académico de la Universidad Nacional Autónoma de México se reunía con las residentes de medicina conductual en el INCan para realizar diversas actividades relacionadas con nuestra formación académica, tales como la revisión de diversos temas afines a nuestra área de estudio, la búsqueda de artículos científicos con adecuado nivel de evidencia, medicina basada en evidencias, así como la elaboración del protocolo y el reporte de experiencia profesional. Personalmente considero que esta supervisión fue sumamente enriquecedora, pues el supervisor sí cuenta con la preparación en medicina

conductual y los conocimientos inherentes, además de que por obvias razones maneja el enfoque cognitivo conductual, lo que resulta de mucho provecho, ya que se llevó a cabo una adecuada supervisión de las actividades del residente en los servicios, inmersos en el contexto de los mismos.

Características de la población atendida y las intervenciones realizadas.

Se realizaron 522 intervenciones, de las cuales los problemas psicológicos más frecuentes fueron: ansiedad en un 25% de los casos; trastorno depresivo mayor en un 22%; trastorno adaptativo ansioso 19%, dolor de miembro fantasma 1%. En la figura 16 puede verse la gráfica que muestra dichos datos.

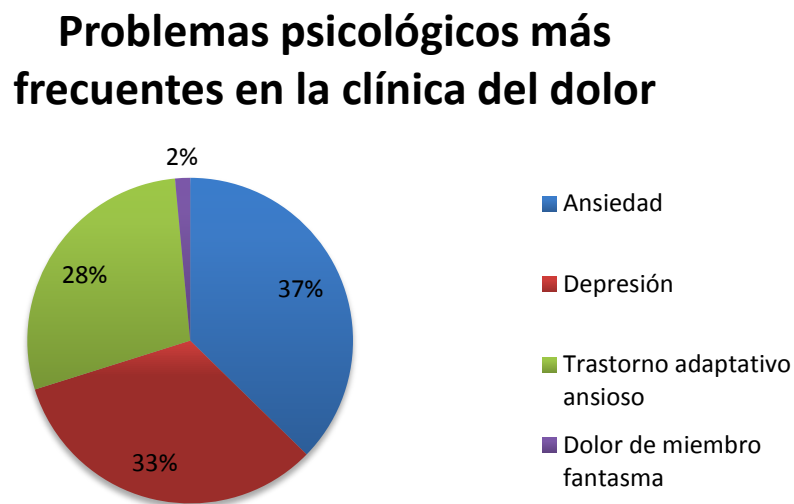


Figura 16. Problemas psicológicos más frecuentes en el servicio de clínica del dolor

Otras causas de referencia al área de psicología fueron pacientes con conductas disruptivas y disfuncionales para el contexto hospitalario. Generalmente se trató de pacientes convictos o con antecedentes delictivos y de adicciones, los cuales ocasionalmente ejecutan conductas que pueden implicar un riesgo para ellos, como modificar el suministro de las bombas de infusión del opioide, así como llevar a cabo conductas manipuladoras para ser reforzados socialmente y obtener

la dosis deseada del fármaco analgésico. Con estos pacientes generalmente se trabajaba de acuerdo a las características y necesidades identificadas, aunque también se establecía manejo de contingencias con apoyo del equipo de salud, identificando reforzadores significativos y retirándolos, reforzando diferencialmente otras conductas más funcionales, lo cual dio resultado exitoso en estos casos, por otra parte, en el caso de los pacientes adictos, éstos se refirieron a instituciones especializadas en adicciones.

Las técnicas psicológicas más utilizadas fueron: técnicas de relajación, respecto a lo cual se elaboró un manual (ver anexo 9), distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas, autoinstrucciones, balance decisional, intervención en crisis y psicoeducación. Un 78% de las intervenciones se realizaron en el área de consulta externa.

Destrezas adquiridas en el servicio

Aprendí a desenvolverme como única psicóloga en un grupo académico de médicos, exponiendo mis opiniones fundamentadas en la evidencia científica.

Habilidad para aplicar instrumentos orientados a evaluar deterioro cognitivo.

Identificación y manejo del paciente con delirium.

Trabajo no sólo con pacientes algológicos, sino también oncológicos.

Asistencia a eventos académicos relacionados con el servicio.

- Parte del comité organizador del curso taller para voluntarias “antiestigma del cáncer y dolor”, de la fundación Livestrong
- Ponencia: Manejo cognitivo conductual del paciente con dolor crónico oncológico en el curso taller para voluntarias “antiestigma del cáncer y dolor”
- Como asistente al Congreso de manejo interdisciplinario del dolor. Octubre 2012. INCan

- Presentación de la ponencia: Manejo cognitivo conductual del dolor. Sesión académica del hospital general Manuel Gea González
- Presentación en medios de comunicación: programa radiofónico “Una nueva oportunidad” en la estación Radio Web, con los temas “Manejo cognitivo conductual del paciente oncológico” y “Manejo cognitivo conductual del dolor”

Evaluación del segundo año de residencia.

Considero que el segundo año fue en general provechoso, aprendí sobre el manejo de una población con la que en lo personal siempre había querido trabajar como son los pacientes oncológicos, además de que se me presentó la oportunidad de conocer otro instituto, como es el INNCMSZ, que también me enriqueció mucho, sin embargo considero que invertir tanto tiempo en la parte académica de la clínica del dolor de alguna forma limitó mi tiempo para dedicarlo a mi crecimiento en medicina conductual, que finalmente era mi prioridad. Asimismo considero que si bien una buena parte de los médicos del servicio se encuentran familiarizados con nuestra acción y la importancia de la misma, la respetan y toman en cuenta, aún prevalecen en ellos ciertas ideas erróneas tales como el pensar que el psicólogo tiene la capacidad para solucionar cualquier problema, aún cuando no se encuentre en nuestras competencias, además de que varios de ellos parecen no tener muy clara aún la función de la medicina conductual aunque se les impartieron clases sobre ello, y del mismo modo considero que el trabajo no llega a ser del todo interdisciplinario ni en equipo, más bien se queda en el aspecto multidisciplinario, pues hace falta un poco más de organización en el servicio que permita la comunicación entre todas las disciplinas.

4. CONCLUSIONES GENERALES

A manera de conclusión general se presentan nuevamente los objetivos de la residencia en medicina conductual para cotejarlos con las competencias adquiridas durante la residencia.

Objetivos generales

Desarrollar las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios por medio de la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos más adecuados que sustentan el quehacer disciplinario, a nivel individual y grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación.

Respecto a las competencias que adquirí puedo comentar que si bien yo contaba con experiencia previa en instituciones de salud y especializado en este tipo de ejercicio, considero que durante la residencia adquirí las herramientas para llevar a cabo un trabajo no sólo multidisciplinario, sino interdisciplinario y transdisciplinario, sobre todo en el servicio de nefrología, en el cual existe mayor oportunidad para lograr dicho objetivo. Aprendí a identificar prioridades y mediante el análisis funcional de la conducta detectar las variables más importantes que generan y mantienen la problemática, Asimismo me considero más apta para seleccionar y aplicar las técnicas más adecuadas. También doy cuenta de que adquirí una mayor habilidad para buscar en la literatura la evidencia científica que sustenta un tratamiento.

En cuanto a la docencia e investigación también adquirí experiencia, pues en ambas sedes tuve la oportunidad de diseñar protocolos y realizar actividades correspondientes a la enseñanza tanto a compañeros de medicina

conductual de generaciones posteriores a la mía como a personas de otras disciplinas, impartiendo clases, talleres y sesiones académicas.

Específicos

- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.

Pienso que este fue una de los objetivos que alcancé en mayor medida, pues fue a lo que más me enfrenté durante la residencia. Considero que ahora soy capaz de atender con mayor pericia este tipo de problemáticas.

- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.

Considero que estos dos objetivos pude alcanzarlos principalmente en el primer año, en el cual me tocó atender una problemática de salud que depende en una gran parte del comportamiento del paciente y en el cual pude diseñar con mayor libertad diversos programas de educación del paciente, cambios en el estilo de vida y modificación de factores de riesgo, en aras también de fomentar una mejor adaptación a la enfermedad. Asimismo aprendí a diseñar y aplicar programas de adherencia terapéutica que resultaran atractivos para el paciente, logrando además que muchos de ellos comprendieran la relación entre una mejor adherencia, tomar el control de la propia enfermedad y el éxito terapéutico.

- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

En el caso de este objetivo también lo considero alcanzado, lo cual además me permitió incrementar de manera significativa mi repertorio de técnicas cognitivo conductuales, algunas de las cuales no sabía aplicar. Considero que la única técnica que aún no manejo del todo entre las que se mencionan es la retroalimentación biológica, pues no cuento con el equipo y por ende carezco de la experiencia suficiente.

- Entrenar a los familiares de los pacientes en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con la finalidad de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la familia.

Este objetivo además de haberlo alcanzado me satisface mucho, pues la familia es una pieza fundamental en el curso de la enfermedad y en muchas ocasiones se ignora el punto de vista y la manera en la cual ellos viven la experiencia de la enfermedad. Desde mi punto de vista el tratamiento psicológico a la familia constituye una de las piedras angulares en la contribución a la mejora de la calidad de vida del paciente y los cuidadores al ser la familia el contexto en el que se desarrolla el curso de la enfermedad.

- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Tuve poca oportunidad de trabajar dichos aspectos, pues en el caso del servicio de nefrología la tasa de mortalidad es baja, mientras que en clínica del dolor no se puede abordar a estos pacientes de manera significativa debido a que cuando la enfermedad se considera en etapa terminal pasan al servicio de cuidados

paliativos, sin embargo opino que adquiriré algo de experiencia en ese ámbito y cuento con mayores habilidades para abordar ese tipo de problemáticas, aunque aún no considero tener el suficiente aprendizaje en dicho ámbito.

En general puedo concluir que alcancé los objetivos planteados en la maestría, pero además logré los objetivos que yo misma me planteé al ingresar. La maestría sí cumplió mis expectativas y pude desenvolverme en el medio que realmente me interesa, que es el de la salud. Considero además que durante mi estancia tuve la oportunidad de generar un impacto en los miembros de otras disciplinas a través del trabajo que se realiza y la difusión del mismo.

Referencias

- Abdel, K., Unruh, M., Weisbord, S. (2009). Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 4, 1057-1064. doi:10.2215/CJN.00430109
- Acosta, H., Chaparro, L., Rey, A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3244658> el 4 de junio de 2011
- Agras, W. S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom Connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 797-803. doi:10.1037/0022-006X.50.6.797
- Alcaraz, R. V. (1977). Extensiones de las técnicas de condicionamiento a las perturbaciones psicosomáticas y a la medicina. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 83-96.
- Alcaraz, R. V., Castro-Velázquez, I., De la Cruz, S., & Del Valle, G. (1981). Conditioning and recovery of functions lost by brain damage. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 5, 371-383.
- Alma Ata (1978). Atención primaria de Salud. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm el 31 de octubre de 2012
- American Kidney Foundation (2002). Guías de manejo renal. K/DOQI Recuperado de www.kidney.org/professionals/guidelines_ckd/toc.htm el 24 de abril de 2012

Amuna, P., Zotor, F. (2008). The epidemiological and nutrition transition in developing countries: evolving trends and their impact in public health and human development. Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development. *Proceedings of de Nutrition Society*, 67, 82-90. doi:10.1017/S0029665108006058

Anderson, P.L., Zimand, E., Hodges, L.F. & Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22, 156-158. DOI: 10.1002/da.20090

Anderson, P., Zimand, E., Schmertz, S. & Ferrer, M. (2007). Usability and utility of a computerized cognitive-behavioral self-help program for public speaking anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 198-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.02.006>,

Arenas, et. al. (2007). Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: the clinical value of COOP-WONCA charts. *Nephrology*, 20, 304-310. Recuperado de <http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2007/emotional-distress-and-health-related-quality-of-life-in-patients-on-hemodialysis-the-clinical-valu.pdf>

Araujo, M. & Plancarte, R. (2004). Semiología del dolor. En Plancarte, R. & Mayer, F., *Alivio del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con cáncer* (pp. 107). México, D.F: Mc Graw Hill

Arredondo, P. (2009). *Propuesta de un programa de intervención psicológica para prevenir complicaciones derivadas del asma en pacientes pediátricos hospitalizados en el INER*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Asken, M. (1979) Medical Psychology: Toward Definition, Clarification, and Organization, *Professional Psychology*, 66-73. doi:10.1037/0735-7028.10.1.66
- Avendaño, L.H. (1997) *Nefrología clínica*. Primera Edición. Médica Panamericana.
- Beck, A., Steer, R. (1993). Beck Anxiety Inventory Manual, TX: Psychological Corporation.
- Belar, C., Deardorff, W. & Kelly, K (1987). *The practice of clinical health psychology*. Nueva York: Pargamon. doi: 10.1037/11590-008
- Besson, J. & Chaouch, A. (1987). Peripheral and spinal mechanisms of nociception. *Physiological Reviews*, 67 (1), 67-186. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3099361> el 6 de noviembre de 2012
- Birk, L. (1973). Biofeedback: Behavioral Medicine. New York: Grune & Stratton
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 795-796. doi:10.1037/h0077935
- Bonica, J. (1980). Pain. Nueva York: Raven Press.
- Börsbo, B., Peolsson, M. & Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, Depression, and Pain: Correlation with and Influence on Quality of Life and Health - a Study of Chronic Whiplash-Associated Disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Volume 40 (7), 562-569. doi:http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0207
- Bowers, K. (1968). Pain, anxiety, and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(5), 596-602. doi: 10.1037/h0026280

- Bruce, M., Beech, B., Sims, M., Brown T., Wyatt S., Taylor H., et al. (2009). Social environmental stressors, psychological factors, and kidney disease. *Journal of Medical Investigation*, 57(4), 583-9. doi:10.231/JIM.0b013e31819dbb91
- Burton, H. (2011).. *Peritoneal Dialysis International*, 1, 1-4. Recuperado de <http://www.pdiconnect.com/content/2/2/76.full.pdf+html> el 8 de julio de 2011
- Caballo, V. (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI.
- Canadian Medical Association (2008). Chronic Kidney Disease Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*, 179 (11), 1154-1162. doi: 10.1503/cmaj.080351
- Caraceni, et al. (2002). Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *U.S. Cancer Pain Relief Committee*, 23 (3), 239-255. Recuperado de <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392401004092.pdf> el 15 de marzo de 2012
- Carbajo, Gómez, Andrew (2011) Relación entre ansiedad, depresión y dolor en pacientes ingresados a la sala de oncología médica. *Interpsiquis*. 1-9. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2557/1/14conf4850197.pdf> el 31 de agosto de 2012

- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. & Cortés, D. (2005) Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(3), 209-215.
- Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business journal*, 5.
- Clark, D. et al (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1058-1067. Doi=10.1037/0022-006X.71.6.1058
- Clemente, et. al. (2010) Analysis of psychological factors influencing peritoneal dialysis selection. *Nefrología*, 30 (2), 195-201. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Feb.10235.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universal Psychology*, 5 (3), 487-499. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750305.pdf> el 31 de octubre de 2011
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79810216> el 10 de agosto de 2011

Cunha, F., et. al. (2011) Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 23, 158-164. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf> el 28 de noviembre de 2011

De la Cruz, M. & Valencia, R., (2010). Calidad de vida del paciente nefrótico en programa de hemodiafiltración. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18 (1), 7-12. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2b.pdf el 28 de noviembre de 2011

Domínguez, et. al. (2011). Psiconefrológica: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 31 (6), 716-722. doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Jul.10847

Engel, G.L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286) 129-196. doi: 10.3109/13561828909043606

Esquivel, M., et. al. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina Interna Mexicana*, 25 (6), 443-449. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim096e.pdf> el 9 de septiembre de 2011

Fedoroff, I. & Taylor, S. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21 (3), 311-324. Recuperado de http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2001/06000/Psychological_and_Pharmacological_Treatments_of.11.aspx el 27 de noviembre de 2011

- Feroze, U., Martin, D., Reina, A., Kalantar, K., & Kopple, J. (2010). Mental Health, Depression, and Anxiety in Patients on Maintenance Dialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 4, 173-180. Recuperado de http://www.sid.ir/en/VEWSSID/J_pdf/116620100301.pdf el 10 de junio de 2011
- Feske, U. & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Flores, P. (2009). *Intervención psicológica de pacientes programados a cirugía de artrodesis de rodilla*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gallegos, X., & Torres-Torrija, J. (1983). Biorretroalimentación de la respuesta galvánica de la piel y entrenamiento en relajación: un estudio piloto. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15, 259-275. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80515218> el 10 de noviembre de 2012
- Gallegos, X., Medina, R., Espinoza, E., & Bustamante, A. (1987). Retroalimentación biológica en la rehabilitación de parálisis facial bilateral: reporte de un caso. *Trabajo presentado en el XXI Congreso Interamericano de Psicología*. Habana, Cuba.
- Gálvez, R., Marsal, C., Vidal, J., Del Real, M., Ruiz, M. & Rejas, M. (2006). El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Revista de la Sociedad española del dolor*, 13 (2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n2/original2.pdf> el 20 de abril de 2012

- García, H. & Calvanese, N. (2007). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18 (1), 5-15. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29118101.pdf> el 19 de septiembre de 2011
- García, J. (s.f). Tipos de dolor. *Asociación Peruana para el Estudio del Dolor*, 1, 1-6
- García, L., et. al. (2011). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología*, 30 (3), 297-303. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10407
- García, E. & Olivares, P. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia psicológica*, 29 (2), 233-243. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n2/art10.pdf> el 27 de noviembre de 2012
- García, L., Rosa, A. & Olivares, J. (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). Análisis y modificación de conducta, 28 (122), 935-953. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=288571> el 28 de noviembre de 2011
- Gonsalves, L. (1982). Continuous ambulatory peritoneal dialysis: Psychological factors. *Psychosomatics*, 23 (9), 944-949. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(82\)73063-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(82)73063-4),
- Gonzales, B.G. & Pinto, S.F. (2005). Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria (Tesis de especialidad). Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/gonzales_bg/pdf/gonzales_bg.pdf

González, C., Valencia, H. & Bersh, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 72-91. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502006000500006&script=sci_arttext el 9 de septiembre de 2011.

González, G., & Ángeles, M. (2009). Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Espacios públicos*, 12 (25), 151-162. doi: 54640387

González, O., González, E., Toro, R. & de Márquez, B. (1998). Fisiopatología del dolor. *Revista venezolana de Anestesia*, 3 (1), 26-33

Gordillo, F., Arana, J. & Hernández, L. (2011) *Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos*. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4 (3), 228-233. Doi: 10.4321/S1699-695X2011000300008

Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), (2007). Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 60 (9), 968-994. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/remediarmasredes/files/2012/09/Gu%C3%ADa-HTA-a%C3%B1o-2007.pdf> el 19 de septiembre de 2012

Gummesson, E. (1991): *Qualitative methods in management research*. Sage publications: newbury park, California.

Gutiérrez, J., Samsó, E., Cosi, J., Ibars, P. & Craver, L. (2007). Evaluación de la intervención enseñanza: grupo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10 (4), 280-285. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n4/original3.pdf> el 9 de septiembre de 2011

Haanpää, M. (2009). Assessment of Neuropathic Pain in Primary Care. *The American Journal of Medicine*, 122, 13-21. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.006

Hamel, J., Dufour, S. & Fortin, D. (1993): *Case study methods*. Sage publications: Newbury Park, California.

Hui, M. (1999). Chronic pain. *Medical Clinics of North America*, 83, 1-5.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Incidencia y prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/> el 1o de abril de 2012

Instituto Mexicano del Seguro Social. Estadísticas sobre la Insuficiencia Renal Crónica. Recuperado de www.scribd.com/doc/.../Estadisticas-IMSS-Marzo-2011 el 1o de abril de 2012

Jlala, H., French, J., Foxall, G., Hardman, J. & Bedfordth, N. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), 369–74 (2010). doi:10.1093/bja/aeq002.

Joshi, V., Mooppil, N. & Lim, J. (2010). Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form: a cross-sectional study of a dialysis-targeted health measure in Singapore. *BMC Nephrology*, 11 (36), 1-8. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/11/36> el 10 de diciembre de 2010

Kimmel P., Cohen S. & Peterson, R. (2008). Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? *Journal of Renal Nutrition* 2008;18(1), 99-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2007.10.020>,

- Kimmel P. & Peterson R. (2005) Depression in end stage renal disease patients: Tools, correlates, outcomes and needs. *Seminary of Dialysis* 18, 91-7. doi:10.2215/CJN.00890306
- Kindler, C., Harms, C., Amsler, F. & Scheidegger, D. (2000). The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesthesia and Analgesia*, 90, 706-712. Recuperado de <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/90/3/706.full.pdf+html> el 31 de agosto de 2012.
- Kozora, E., Ellison, M., Waxmonsky, J., Wamboldt, F. & Patterson, T. (2005). Major life stress, coping styles and social support in relation to psuchological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14 (5), 363-372. doi: 10.1191/0961203305lu2094oa
- Kumate, J. (2002). La transición epidemiológica del siglo xx: ¿vino nuevo en odres viejos? *Revista de la facultad de medicina*, 45 (3), 1-10. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12664> el 28 de noviembre de 2012
- Lee, A., Tong, P., & Gin, T. (2003) Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions. *Anesthesia and Analgesia*, 96, 1424-1431
- Leggat, J. (2008) Psychosocial factors in patients with chronic kindney disease: Adherence with Dialysis: A Focus on Mortality Risk. *Seminars in dialysis*, 18 (2), 137-141. doi: 10.1111/j.1525-139X.2005.18212.x

López, L., Iturralde, I., Clerencia, C. & Ortiz, O. (2007). Dolor. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, *Tratado de Geriátría para residentes* (pp. 721-731). España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. *Revista cubana de medicina general integrativa*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400007 el 20 de septiembre de 2011

Lorenzo, Rodríguez, Pérez & Cannata (2007). De la osteodistrofia renal a las alteraciones del metabolismo óseo y mineral asociado a la enfermedad renal crónica: evolución de un concepto. *Nefrología*, 27 (5). Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E260/P1-E260-S123-A4770.pdf> el 15 de febrero de 2012

Machikanti, L., Singh, V., Falco, F., Cash, K. & Pampati, V. (2010). Comparative effectiveness of a one year follow-Up of Thoracic Medial Branch Blocks in Management of Chronic Thoracic Pain: A Randomized, Double-Blind Active Controlled Trial. *Pain Physician*, 13, 535-548. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21102966> el 5 de agosto de 2012

Magaz, A. (2003). Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos. (Tesis de doctorado).

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

Martínez, C. (2006). El estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193. Recuperado de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf

- Martínez, S. H. (2006). Treinta años de la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta: Un reto a la supervivencia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24, 105-125. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/799/79902409.pdf> el 4 de septiembre de 2012
- McCracken, L. & Gross, R. (1993). Does anxiety affect coping with chronic pain? *The Clinical Journal of Pain*, 9 (4), 253-259. Recuperado de http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1993/12000/Does_Anxiety_Affect_Coping_with_Chronic_Pain_.6.aspx el 3 de septiembre de 2012
- Moerman, N., Van Dam, F., Muller, M & Oosting, H. (1999). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*, 82, 445-451. Recuperado de <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/82/3/445.full.pdf> el 6 de mayo de 2012
- Miller, L. & Cano, A. (2009). Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk? *Journal of Pain*, 10 (6), 619-627. doi 10.1016/j.jpain.2008.12.007.
- Moix, J.M. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10 (2), 167-175
- Moix, J., et al. (2003). Eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Dolor, investigación, clínica y terapéutica*, 18, 149-157. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n3/nota_clinica1.pdf el 7 de abril de 2012
- Moos, R. & Tsu, D. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum Medical Company.
- Morales, V., Alfaro, R., Sánchez, R., Guevara, U. & Vázquez, P. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del*

Instituto Mexicano del Seguro Social, 46 (5), 479-484. Recuperado de http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A177.pdf el 25 de agosto de 2012

Moreno, G., Méndez, C. & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 345-352. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7602/7466> el 14 de diciembre de 2011

Murillo, F. (s.f). Estudios de caso. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EstCasos_Trabajo.pdf

Myles, P., Troedel, S., Boquest, M. & Reeves, M. (1999). The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear or Nonlinear? *Anesthesia and analgesia*, 87, 1517-1519. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10589640> el 10 de septiembre de 2012

National Kidney Foundation (2008) Nutrición e insuficiencia renal crónica (falla crónica del riñón). National Kidney Foundation, 1, 1-19. Recuperado de http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/Spanish/11-50-1105_AAI_PatBro_NutritionAndCKD_3-5_Pharmenet_NKF_SPAN_Jan08.pdf el 15 de diciembre de 2011

Omran, A. (1971) The epidemiological transition: a theory of epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (1), 509–538. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3349375> el 28 de noviembre de 2012

Organización Mundial de la Salud. Departamento de Estadísticas en Salud e Informática (2011). Causes of death 2008: data sources and methods. *World Health Organization*, 1-28. Obtenido de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf el 28 de noviembre de 2012.

Organización Mundial de la Salud (2012). Prevención de las enfermedades crónicas. Obtenido de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html el 17 de noviembre de 2012.

Organización Mundial de la Salud (2012). Principales causas de mortalidad en el mundo. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html> el 17 de noviembre de 2012

Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., De Bortoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf> el 11 de diciembre de 2010

Pedraza, L. (2007). Dolor Neuropático, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Clínica Médica Condesa*, 18 (3), 233-238

Pérez, D., Martín, C. & Quiñones, M. (2001). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 1(2), 95-100. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.pdf el 10 de septiembre de 2012

Pérez, D., Rodríguez, P., Buset, R., Rodríguez., García, B., Pérez, B. & Parodis, L. (2011). Psiconefrológica: aspectos psicológicos en la poliquisosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 31 (6), 716- 722. doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Jul.10847

Pittman, S. & Kridli, S. (2011). Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review. *Epub*. 58(2):157-63

Plancarte, R., Guajardo, J. & Guillén, R. (2006). Manejo integral del dolor. *Cancerología*, 1, 273-285. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291012.pdf> el 1 de marzo de 2012

Pomerleau, O.F. (1982). A discourse of Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1030-1039. doi: 10.1037/0022-006X.50.6.1030

Pomerleau, O. F., & Brady, J. P. (1979), *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, Md.: Williams & Wilkins.

Rebollo, P., González, M., Bobes, J., Saiz, P. & Ortega, F. (2000). Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología*, 20 (5), 431-439. Recuperado de <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E177/P1-E177-S132-A1991.pdf> el 18 de mayo de 2011

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005) *Psicología y Salud*. México: UNAM

Reynoso, L., Bravo, C., Anguiano, S. & Mora, M. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de*

Educación y Desarrollo, 23, 45-53. Recuperado de [http://www.academia.edu/2044464/La evaluacion de la residencia en Medicina Conductual](http://www.academia.edu/2044464/La_evaluacion_de_la_residencia_en_Medicina_Conductual). La historia se repite el 16 de diciembre de 2012

Reynoso, E.L., Hernández, M.E., Bravo, G.C. & Anguiano, S.S. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y desarrollo*, 17, 43-49. Recuperado de [http://www.academia.edu/968571/Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM](http://www.academia.edu/968571/Panorama_de_la_residencia_en_Medicina_Conductual_de_la_UNAM) el 15 de mayo de 2012

Rodero, B., García, J., Casanueva, B. & Sobradie, N (2008). Exposición en imaginación como tratamiento del catastrofismo en fibromialgia: un estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (0), 1-4. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10670/exposicion en imaginacion.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10670/exposicion_en_imaginacion.pdf)

Rodríguez, O. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5-12. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=283021975002> el 15 de septiembre de 2012

Rodríguez, T. & Navarro, J. (2004). Sistema de influencias psicoterapéuticas en pacientes con afecciones cardiovasculares hospitalizados. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*, 2 (1), 28-34. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/26872342 System of psychotherapeutics influences in patients admitted to hospital with cardiovascular diseases](http://www.researchgate.net/publication/26872342_System_of_psychotherapeutics_influences_in_patients_admitted_to_hospital_with_cardiovascular_diseases). Sistema de influencias psicoteraputicas en pacientes con afecciones cardiovasculares hospitalizados el 24 de septiembre de 2011

Rosenzweig, M., Leiman, A., Soler, J. (2001). *Psicología biológica*. España: Ariel Neurociencia

Salzwedel, C., Petersen, C., Blanc, I., Koch, U., Goetz, A. & Schuster, M., (2008). The Effect of Detailed, Video-Assisted Anesthesia Risk Education on Patient Anxiety and the Duration of the Preanesthetic Interview: A Randomized Controlled Trial. *International Anesthesia Research Society*, 106 (1), 202-209. doi: 10.1213/01.ane.0000287665.96156.72

Samson, A., Siam, H., Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, 127, 16-28. Recuperado de http://www.choixdecARRIERE.com/pdf/ri_127_decembre_2007_OPTSQ.pdf el 03 de enero de 2013

Sanders, J., Fuhrer, G., Johnson, M., & Riddle, M. (2008). The epidemiological transition: the current status of infectious diseases in the developed world *versus* the developing world. *Science Progress*, 91 (1), 1-37. doi: <http://dx.doi.org/10.3184/003685008X284628>

Sandoval, J., Ceballos, M., Navarrete, N., González, H. & Hernández, C. (2007). Calidad de vida en pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (2), 105-109. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072b.pdf> el 4 de septiembre de 2011

Scaldding J. (2003). Neuropathic Pain, Article Review. *ACNR*, 3 (2), 8-14. Recuperado de <http://www.acnr.co.uk/pdfs/volume3issue2/v3i2reviewart1.pdf> el 21 de marzo de 2012

Secretaría de Salud (SSA) (1990), *Plan Nacional de Salud 1990-1994*, México, SSA.

Secretaría de Salud (2004). Guía Tecnológica No. 16. Sistema de Diálisis Peritoneal. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/guias_tec/16gt_di_alisis.pdf el 14 de abril de 2011

Sistema Nacional de Información en Salud (2012). Principales causas de mortalidad general. Obtenido de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> el 26 de noviembre de 2012.

Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 249-251. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00846677?LI=true#page-1> el 17 de octubre de 2012

Schwartz, G., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 36, 377-381. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/39/6/377.full.pdf> el 8 de diciembre de 2012

Soriano, C. S. (2004) Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24 (6), 27-34. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf> el 31 de enero de 2011

Spinhoven. P., Ter Kuile, M., Kole-Snijders, A., Hutten, M., Den Ouden, D. & Vlaeyen, J. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8, 211-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15109971> el 11 de junio de 2012

- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00058-5](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(95)00058-5)
- Tenopala, S., Torres, J., Tenolapa, J. (2009). Dolor crónico. En Bistre, C., *Dolor* (pp. 43-53). México: Trillas.
- Tortorici, V. (2009). Dolor crónico. En Bistre, C., *Dolor* (pp. 43-53). México: Trillas.
- Torres, T. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 37-46. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=283021975005> el 5 de noviembre de 2012
- Trejo, R., Plancarte, R. (2004). Escalera Analgésica de la OMS. En Plancarte, R. & Mayer, F., *Alivio del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con cáncer* (pp. 183-200). México, D.F: Mc Graw Hill
- Treviño, B. A. (2004). Editorial. Insuficiencia Renal Crónica, una enfermedad emergente, catastrófica, y por ello prioritaria. *Cirugía y cirujanos*, 72 (1), 2-4. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc041a.pdf> el 26 de julio de 2011
- Uptodate (2012). Overview of the management of chronic kidney disease in adults. Obtenido de <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-chronic-kidney-disease-in-adults> el 14 de enero de 2012

Valenzuela, M., Barrera, S., Ornelas, A. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y cirujanos*, 78, 151-156. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Cirugia%20y%20Cirujanos/marzo-abril2010/Cir%20Cir%202.12%20ANSIEDAD.pdf> el 14 de abril de 2012

Vías del dolor. Obtenido de <http://www.uantof.cl/semda/dolespalda.htm>

Villarreal, L. & Landeta, R. (2010). El estudio de casos como metodología de Investigación científica en dirección y economía de la Empresa. Una aplicación a la internacionalización. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 16 (3), 31-52. [Http://dx.doi.org/10.1016/s1135-2523\(12\)60033-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1135-2523(12)60033-1)

Villegas, I. (2011). Nefrología al día en un día. Simposio especializado en nefrología, 5, 4-162. Obtenido de <http://www.asocolnef.com/userfiles/file/Memorias%20III%20Simposio%20de%20Nefrologia%20al%20dia%20en%20un%20dia%202010.pdf> el 7 de marzo de 2012

Whizar, V. & Ochoa, G. (2005). Conceptos actuales en dolor por cáncer. *Anestesia en México*, 17 (1), 53-69.

Winnie, et. al (2009). The Symptom Cluster of Fatigue, Pain, Anxiety, and Depression and the Effect on the Quality of Life of Women Receiving Treatment for Breast Cancer: A Multicenter Study. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), 205-214. doi:10.1188/09.ONF.E205-E214

Yin, R. K. (1998): "The Abridged Version of Case Study Research", en Bickman, L. y Rog, D. (eds.): *Handbook of Applied Social Research Methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, 229-259.

Zigmond AS, Snaith (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820> el 27 de septiembre de 2011

ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

ANEXO 2.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.</p> <p>No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.</p>
<p>A.1.Me siento tenso/a o nervioso/a:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
<p>D.1.Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</p> <ol style="list-style-type: none">0. Ciertamente, igual que antes1. No tanto como antes2. Solamente un poco3. Ya no disfruto con nada
<p>A.2.Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Sí, y muy intenso2. Sí, pero no muy intenso1. Sí, pero no me preocupa0. No siento nada de eso

D.2.Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3.Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3.Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4.Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4.Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5.Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5.He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6.Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

D.6.Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7.Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7.Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo

1. Algunas veces

2. Pocas veces

3. Casi nunca

ANEXO 3.

FORMATO DE AUTORREGISTRO DIARIO DEL MEDICAMENTO

Nombre del medicamento	¿Para qué sirve?	Horario	¿Me lo tomé?	Cantidad que me queda

ANEXO 4.

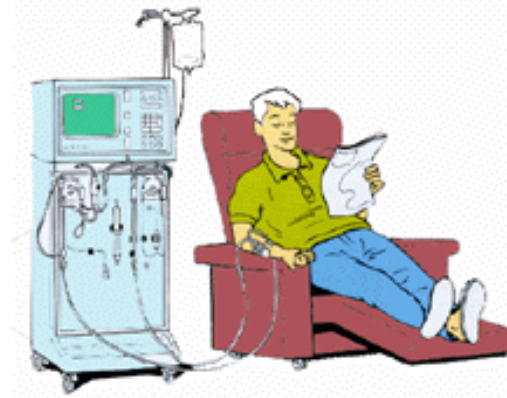
Material informativo diseñado en el servicio de nefrología. Manual para pacientes en hemodiálisis



Hospital Juárez de México

Servicio de Nefrología

Área de medicina conductual



Aspectos psicológicos y del tratamiento del paciente en hemodiálisis

Lic. Psic. Aranel Arredondo Pantaleón

R3 medicina conductual

Dra. Socorro Vital Flores

Jefa del servicio de Nefrología

¿Qué es la hemodiálisis?

Se trata de un tratamiento sustitutivo de la función renal, en el cual se hace pasar la sangre a través de un filtro, ubicado en la máquina de hemodiálisis, donde se separa de las toxinas acumuladas en ella y del exceso de líquido, por lo que la sangre regresa limpia al cuerpo.

Estar en tratamiento de hemodiálisis implica la adaptación a diversos cambios en el estilo de vida, relacionados principalmente con la enfermedad en sí y con el tratamiento, que normalmente se compone de cuatro aspectos principales. A continuación se explicará la importancia de seguir adecuadamente cada uno de ellos.



Tratamiento de hemodiálisis.

Como se mencionó, la hemodiálisis ayuda a que la sangre se limpie de las toxinas, es decir sustancias tóxicas de desecho que el cuerpo

no necesita y que deben ser eliminadas de la sangre. La hemodiálisis realiza las funciones de purificación que los riñones ya no pueden realizar debido a la enfermedad renal crónica.



Medicamentos

Generalmente los pacientes en tratamiento de hemodiálisis deben tomar medicamentos, los cuales son de mucha importancia, ya que ayudan a controlar algunos síntomas de la enfermedad renal crónica y complementan el tratamiento. Los más frecuentes son los medicamentos que ayudan a normalizar los niveles de calcio, para tratar las alteraciones en los huesos; además suelen recetarse medicamentos antihipertensivos, mismos que se utilizan para mantener los niveles de presión arterial dentro de los límites normales (120/80).

Es importante resaltar que el uso de estos medicamentos NO sustituye las sesiones de hemodiálisis, ni a los otros componentes

del tratamiento como la dieta o el control del consumo de líquidos. Asimismo, estos medicamentos sólo deben consumirse por indicación del nefrólogo, en las dosis y horarios que él le indique. También es importante que si usted nota efectos secundarios con algún medicamento se lo indique a su nefrólogo.



Dieta

Se trata de una parte fundamental del tratamiento. Los alimentos contienen diversas sustancias: vitaminas, hidratos, proteínas, agua y sales minerales. Cuando los riñones dejan de funcionar, los residuos no pueden ser eliminados y se quedan en la sangre, acumulándose. Asimismo es importante resaltar que aunque la hemodiálisis limpia la sangre eliminando las toxinas, ésta no hace todo el trabajo y debe ser complementada con una alimentación adecuada. También es importante controlar el consumo de sodio, que se encuentra en la sal, ya que en el paciente con enfermedad renal crónica su

eliminación se encuentra disminuida, lo cual ocasiona una mayor sensación de sed, y la retención de líquidos, además de aumentar la necesidad de consumir agua, lo cual puede causar edema, aumento en la presión arterial y otras consecuencias aún más delicadas, como edema de pulmón y falla cardíaca. El área de nutrición del servicio de nefrología le indicará la dieta más adecuada a sus necesidades.



Control en el consumo de líquidos

Otra parte muy importante del tratamiento es controlar el consumo de líquidos, en el cual no sólo se incluye el agua, sino todos los alimentos consumidos durante el día, ya que estos contienen agua en mayor o menor medida. Cuando los riñones no funcionan, no se elimina el exceso de líquido del cuerpo, lo cual como se mencionó tiene consecuencias delicadas como el aumento de la presión arterial, genera edema y problemas en los órganos internos. Asimismo, usted se dará cuenta de que ha consumido más líquidos de los recomendados cuando acuda a su sesión de hemodiálisis, pues su peso interdialítico habrá aumentado. Es muy importante que su peso interdialítico no sea mayor al recomendado, pues de ser así la máquina deberá retirar mayor cantidad de líquido, lo cual implica un mayor esfuerzo del corazón, ya que deberá bombear con más fuerza durante la sesión de hemodiálisis.



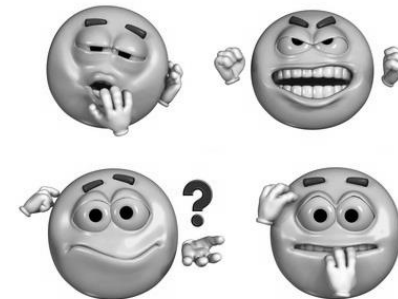
Aspectos psicológicos del paciente en tratamiento de hemodiálisis

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis implica una serie de ajustes: a la enfermedad y a una nueva situación, así como a cambios en el estilo de vida, los cuales a veces son sorprendidos e inesperados.



Estos cambios no sólo afectan a nivel físico, sino que muchas veces también trae consigo alteraciones psicológicas, entre las cuales pueden encontrarse las siguientes:

- Impacto emocional causado por la propia enfermedad y por el tratamiento, lo cual afecta a nivel psicológico, físico y social.
- Dificultad para identificar y manejar emociones como ansiedad, tristeza, vergüenza, culpa, impotencia o enojo.
- Pensamientos como “no voy a poder”, “no importa si no me cuido”, “todo va a salir mal”
- Preocupaciones relacionadas con el catéter: su cuidado y funcionamiento.
- Emociones relacionadas con la modificación en el estilo de vida relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: cambios en la alimentación, control en el consumo de líquidos, medicamentos, acudir a las sesiones de hemodiálisis, etc.
- Emociones (ansiedad, culpa, enojo, etc.) relacionadas con los cambios en las actividades cotidianas (alteración en los horarios, cambios de empleo, dificultades para incorporarse a actividades laborales, etc.).



Además pueden presentarse alteraciones a nivel familiar, y en el caso del cuidador también pueden verse alteraciones psicológicas,

ya que la enfermedad no sólo afecta a quien la padece, sino a quienes viven con él la situación.

Todo esto es normal en una situación como ésta, y las emociones serán diferentes en cada persona, por eso es importante que usted se acerque al psicólogo especialista en medicina conductual del servicio, quien trabajará en equipo con usted y con su cuidador para lograr un mejor ajuste a la situación.

ANEXO 5

MANUAL SOBRE LA ERC

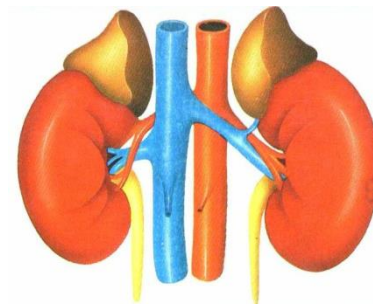


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?



Área de medicina conductual (Psicología)

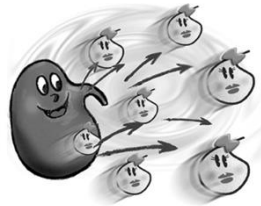
Lic. Psic. Aranel de Jesús Arredondo Pantaleón. R1 MC NF

Dra. Socorro Vital Flores

¿Qué son los riñones?

Los riñones son dos órganos en forma de frijol que se encuentran en la parte posterior del cuerpo, a los lados de la columna vertebral cuyas funciones principales son:

- Limpiar la sangre y eliminar productos de desecho evitando que éstos se acumulen en el cuerpo.
- Eliminan el exceso de líquidos del organismo.
- Producen una hormona llamada Eritropoyetina, que controla la producción de glóbulos rojos.



- Controlan la presión arterial.
- Activan la vitamina D, que se encarga de mantener normales los niveles de Calcio y fortalecer al sistema inmune, previniendo infecciones.

- Mantienen el equilibrio del agua y sales minerales del organismo.
- Mantienen el equilibrio de ácidos y bases.



La Enfermedad Renal Crónica es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. En este padecimiento disminuye el nivel de **filtrado glomerular, esto es: la manera que tienen los médicos para saber si los riñones se encuentran trabajando adecuadamente. Se manifiesta por el volumen de líquido que pasa a través de los riñones y la capacidad de los mismos para llevar a cabo la ultrafiltración**, es decir: la capacidad de filtrar o no dejar pasar ciertas sustancias. El nivel de filtrado glomerular se mide a través de una prueba de depuración de Creatinina o de filtrado glomerular. Su valor normal es de 120 mL/min (120 mililitros por minuto). Esta enfermedad tiene cinco etapas según el nivel de filtración glomerular. El tratamiento va a depender de la etapa en que se encuentre el grado de funcionamiento de los riñones.

Se trata de una enfermedad **crónica**, lo cual significa que **no tiene cura**, sin embargo, **se controla** mediante el tratamiento, aunque **si el control no es adecuado, la enfermedad avanza**.

¿Qué sucede cuando los riñones dejan de funcionar?

Cuando los riñones pierden su función, dejan de realizar las tareas que se mencionaron anteriormente, trayendo consigo las siguientes alteraciones:

- Las sustancias tóxicas como la urea, creatinina y ácido úrico se acumulan en la sangre.
- La presión arterial se eleva.
- Los huesos se descalcifican.
- Se alteran hormonas como la eritropoyetina.
- Anemia como consecuencia de la disminución de glóbulos rojos en la sangre.
- Las venas y arterias tienen que realizar un mayor esfuerzo y ejercer mayor presión, dando como resultado alteraciones en la presión arterial.

Algunas personas presentan algunas alteraciones como la excreción de Sodio y agua. Esto ocasiona que los pacientes comiencen a retener líquidos, lo cual ocasiona su acumulación en algunas partes del cuerpo, como la cara, los

párpados y las extremidades inferiores y es frecuente que amanezcan con los ojos hinchados y que suceda lo mismo con las piernas en el transcurso del día.

¿Por qué se pueden enfermar mis riñones?

Existen varias causas de la Enfermedad Renal Crónica, sin embargo, las más frecuentes son las siguientes:

- Diabetes Mellitus no controlada o mal controlada.
- Hipertensión Arterial mal controlada o no controlada.
- Riñones poliquísticos o enfermedad poliquística.
- Por procesos inflamatorios de origen infeccioso.
- Algunos medicamentos
- Enfermedades congénitas, es decir, fallas al nacer.
- En algunos casos, la causa es desconocida.



Síntomas de la Enfermedad Renal Crónica

En la fase inicial de la Enfermedad Renal Crónica las personas pueden no presentar síntomas, sin embargo, poco a poco pueden

comenzar a aparecer síntomas como malestar general, debilidad, pocas ganas de realizar actividades, náusea y vómito. Otros síntomas son los siguientes:

- Falta de apetito
- Problemas de concentración
- Calambres
- Dificultad para dormir
- Cansancio



Manifestaciones de la Enfermedad Renal Crónica

- El color de la piel comienza a tornarse pálido terroso.
- En las uñas comienza a desaparecer el espacio blanco del nacimiento de la uña llamado lúnula.
- Comezón intensa.
- Escarcha urémica. Se trata de una coloración blancuzca en la piel que surge como consecuencia de la urea excretada a través del sudor

Otras complicaciones derivadas de la Enfermedad Renal Crónica.

- Se puede llegar a observar un crecimiento en el corazón por la necesidad de trabajar más por la acumulación de líquido.
- El corazón después de un tiempo de esforzarse continuamente, comienza a presentar un desgaste y falla, a lo cual se le conoce como insuficiencia cardiaca.

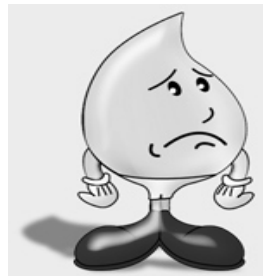


- En los pulmones, la carga excesiva de líquido puede aumentar la presión interna o llenarse de líquido y fallar, impidiendo o dificultando la respiración.
- Cuando la acumulación de líquido es mayor, este comienza a depositarse en diferentes órganos del cuerpo como el corazón (en una pequeña "bolsa" que lo recubre, llamada pericardio) y los pulmones.
- Son frecuentes también las náuseas y vómito, los cuales ocasionan disminución en la ingesta de alimentos, ocasionando desnutrición y daño en el estómago. Lo anterior ocasiona gastritis, diarreas y vómitos, lo cual a su vez

aumenta la alteración de electrolitos como el potasio y el sodio.



- La carencia de hormona eritropoyetina determina una **escasa producción de glóbulos rojos**, lo cual junto a las alteraciones en la alimentación y la poca absorción de hierro, ocasionan la presencia de anemia.



- Como ya se comentó, se lleva a cabo una **descalcificación** como consecuencia de la deficiencia de vitamina D. Estas alteraciones pueden producir osteoporosis, y en el caso de los niños, retraso en el desarrollo de los huesos, así como

fracturas y lesiones como consecuencia de la porosidad y debilidad de los mismos, además de dolor.



¿Cómo se trata?

Es importante señalar que el tratamiento incluye diferentes componentes, cada uno de ellos contribuye de manera importante a mantener el **control de la enfermedad**.

Al inicio, y cuando la función renal residual aún se encuentra presente en un porcentaje aceptable, la Enfermedad Renal Crónica puede tratarse con medicamento y dieta, sin embargo, en etapas avanzadas el paciente necesita agregar a lo anterior un tratamiento sustitutivo de la función renal. Se trata de una enfermedad crónica, y por lo tanto, estos tratamientos no son curativos, sino conservadores. Son llamados tratamientos sustitutos de la función renal porque su labor es realizar algunas de las funciones que los riñones ya no pueden llevar a cabo. Existen tres procedimientos:

diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. A continuación se habla acerca de cada uno de ellos. Recuerde que durante su estancia intrahospitalaria el equipo integrado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales le brindará información detallada de cada uno.

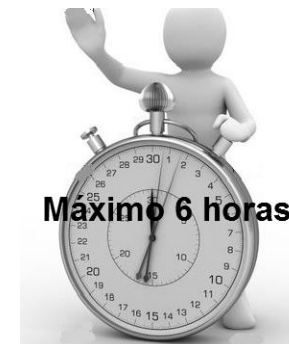
Diálisis Peritoneal.

En términos generales este tratamiento consiste en introducir y posteriormente extraer de la cavidad abdominal una solución especial que permite remover y filtrar los productos de desecho que se han acumulado en la sangre. También permite eliminar líquido excedente. El nombre “peritoneal” se debe a que el proceso se realiza mediante una membrana llamada **peritoneo**, la cual recubre la cavidad abdominal, así como los órganos de dicha área. Esta membrana tiene miles de vasos sanguíneos que permiten aportar la sangre que será limpiada mediante la diálisis. Se trata de una membrana semipermeable que contiene miles de pequeños orificios a través de los cuales se filtrarán los productos de desecho. A continuación se hablará de modo más detallado acerca de la Diálisis Peritoneal:

- Al paciente le es colocado un catéter en la línea media del abdomen, aproximadamente a la altura del ombligo. Este catéter se quedará de manera permanente, pues se trata de un procedimiento crónico que se llevará a cabo de modo constante.
- Sólo en situaciones que lo ameriten el catéter será cambiado, por ejemplo cuando ya no funciona.



- A través de la línea de transferencia, el paciente se conecta a las bolsas, llamadas gemelas (porque son dos): una de ellas contiene la solución especializada, mientras que la otra se encuentra vacía y está reservada para la fase de drenado.
- Se deja entrar la solución de la bolsa a la cavidad peritoneal y ahí se quedará durante un tiempo (generalmente algunas horas). Es importante señalar que la solución **no puede permanecer en la cavidad más de 6 horas**.



- Cuando este tiempo ha transcurrido, se pasa a la fase de drenado, en donde se deja salir la solución que ya estuvo en la cavidad, misma que debido al proceso de filtrado realizado mediante el peritoneo, ya contiene las toxinas y exceso de líquido.
- Posteriormente, el paciente se desconecta de las bolsas y resguarda el catéter en un fajero, mismo que deberá cambiarse todos los días para mantener la higiene.



Hay tres tipos de Diálisis Peritoneal:

- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)
- Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI)
- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

Este tipo de diálisis se lleva a cabo en el domicilio del paciente y la solución permanece en la cavidad peritoneal generalmente 6 horas, por lo que los cambios se realizan SIEMPRE después de este tiempo.

Para acceder a la DPCA son indispensables ciertas condiciones económicas y de vivienda de las cuales será usted informado a través del equipo de Trabajo Social cuando ellos lleven a cabo una evaluación para conocer si usted es candidato a recibir esta modalidad de tratamiento. Dicha evaluación es de suma importancia, ya que es necesario contar con todas las condiciones para incrementar las probabilidades de éxito del tratamiento.



En caso de ser integrado al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital Juárez de México, usted recibirá una capacitación completa por parte de la enfermera especialista en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, en donde aprenderá a efectuar la técnica de manera efectiva y a llevarla a cabo con todas las medidas de seguridad requeridas.



Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI)

Esta modalidad de diálisis va dirigida a aquellos pacientes que no cumplen con las condiciones para ser manejados mediante DPCA, y en ella el paciente necesita acudir a una institución hospitalaria de segundo nivel, pues será en este lugar en donde será llevada a cabo su diálisis. Se llama intermitente pues no se realiza cada cuatro horas ni diario, sino cada vez que lo citan en la institución. En el Hospital Juárez de México no se cuenta con el servicio de DPI, por lo que el día que usted es dado de alta, cuando su familiar lleva a cabo los trámites para su egreso, el área de Trabajo Social de Nefrología le otorga una lista en donde aparecen los hospitales que cuentan con el servicio de Diálisis Peritoneal Intermitente para que usted acuda a la que haya elegido para buscar ser atendido. Es importante señalar que la búsqueda de una institución debe ser lo más pronta posible, pues no debe esperar a que las toxinas y los efectos de la enfermedad lo hagan recaer, recuerde que este padecimiento es crónico y la estancia en el hospital tiene como objetivo estabilizarlo y mejorar su estado, sin embargo, lamentablemente no es curativa, además, mientras más rápido acuda, es probable que lo atiendan más pronto y por lo tanto, se beneficiará del tratamiento de manera oportuna.

Diálisis Peritoneal Automatizada

Esta modalidad de diálisis el paciente se conecta durante la noche a una máquina llamada cicladora, la cual realiza los cambios necesarios mientras el paciente duerme. El equipo sólo se encuentra disponible en clínicas del Seguro Social, en donde el paciente puede tener la posibilidad de que se lo faciliten, sin embargo, no se les facilita a todos, pues además de requerir determinadas

características, es indispensable que el paciente haya demostrado adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal.

Hemodiálisis

Se trata de otro procedimiento sustitutivo para el tratamiento de la Enfermedad Renal en el cual con ayuda de una máquina para hemodiálisis (también llamada riñón artificial) la sangre se purifica haciéndola correr a través de un dializador o filtro, que es una membrana artificial, que con la acción de una solución de dializado llevará a cabo un intercambio que permitirá extraer de la sangre los productos de desecho que se han acumulado en ella como consecuencia de la enfermedad.

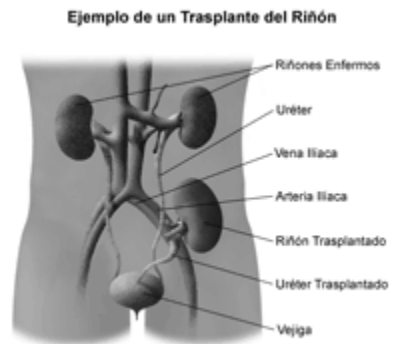


Para llevar a cabo este procedimiento se coloca un catéter en un vaso sanguíneo, que generalmente es en la región yugular.

En el Hospital Juárez no se cuenta con un programa de Hemodiálisis crónica y este tratamiento se utiliza únicamente en casos de urgencia y con la finalidad de estabilizar al paciente durante su estancia hospitalaria.

Trasplante renal

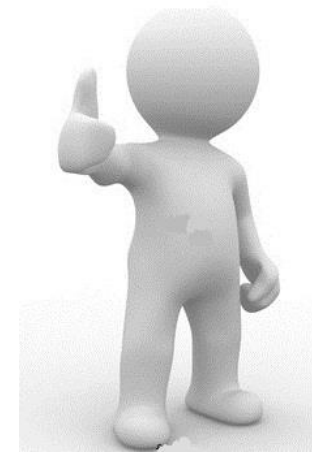
Consiste en extraer uno de los riñones de una persona sana o a quien se le haya diagnosticado muerte cerebral para insertarlo en la fosa ilíaca izquierda o derecha del paciente con Enfermedad Renal Crónica.



Como puede apreciarse en la imagen, los riñones enfermos no se extraen, a menos que los médicos detecten alguna anomalía como quistes que pudiesen resultar peligrosos para el paciente en algún momento.

Es importante señalar que antes de comenzar protocolo de trasplante el paciente debe encontrarse siguiendo un tratamiento para posteriormente insertarse en dicho protocolo que es una serie de estudios intensivos que se le realizan tanto a él como al donador para conocer si el paciente se encuentra en condiciones de recibir un riñón trasplantado y para determinar la compatibilidad, así como

para determinar si se puede llevar a cabo la donación sin riesgos para el donador.



Existen dos tipos de donadores:

Donador vivo. Que a su vez se divide en:

- Relacionado: Una persona con relación de parentesco que generalmente es alguno de los padres o un hermano.
- No relacionado: Alguien que no tiene parentesco con el paciente, pero que se encuentra dispuesto a donar un riñón. Generalmente se trata de un amigo o la pareja.

Cuando se cuenta con un donador vivo, ambos se someten a los estudios antes mencionados y en cuanto se determine que existe compatibilidad y que el trasplante no representa riesgo alguno ni para el donador ni para el paciente, se establece fecha para llevar a cabo el trasplante.

Donador cadavérico: Paciente a quien se le ha declarado muerte cerebral y que en vida decidió donar un riñón.

Cuando se espera este tipo de donación, el paciente ingresa a una lista de espera en donde tendrá que aguardar hasta que exista un donador de este tipo.

Para prevenir reacciones adversas ante el trasplante, al paciente le son suministrados medicamentos llamados inmunosupresores, que previenen el rechazo del nuevo riñón

por lo cual una vez realizado el trasplante el paciente permanecerá aislado por algún tiempo, lo cual es necesario para mantenerlo en vigilancia y prevenir reacciones adversas ante el trasplante y protegerlo de bacterias que pudiesen encontrarse en el ambiente y que a su vez pudieran dañarlo, dado que en ese momento su sistema inmunológico se encuentra suprimido.

Durante toda su vida el paciente deberá tomar medicamentos y mantener cuidados, pues el trasplante renal es un tratamiento y no significa que el paciente se encuentre curado de la Enfermedad Renal Crónica, aunque es cierto que ya no habrá control de líquidos, no tendrá que suministrarse eritropoyetina ni calcio.

Aspectos psicológicos de la Enfermedad Renal Crónica

Como seres humanos el padecer una enfermedad no sólo puede afectarnos a nivel médico, sino también a nivel de nuestras emociones, pensamientos e incluso comportamientos y su estilo de vida.

La Enfermedad Renal Crónica es en especial un padecimiento en donde se desarrollan diversos cambios de índole psicológico, los

cuales pueden deberse a efectos directos de la enfermedad y el tratamiento, o a efectos que son resultado del cambio en el estilo de vida y la relación con otras personas. En cualquiera de los casos, padecer Enfermedad Renal Crónica afecta tanto a quien la padece como a quienes lo rodean, generando diversas emociones como ansiedad, tristeza, desesperación y desconcierto, las cuales, de no ser atendidas pueden producir problemas de mayor gravedad, como la depresión, la cual no se limita a la simple tristeza, sino que constituye un problema psicológico de importancia con diversas manifestaciones, que de no ser tomado en cuenta puede afectar diferentes áreas de la vida del paciente, deteriorando su calidad de vida.

Otro efecto es la sensación de desconcierto y descontrol que se deriva del cambio en la rutina y el modo de vida, al cual se integran múltiples modificaciones en aspectos como la dieta, algunas actividades, el consumo de líquidos y el tratamiento. Lo anterior es normal, recuerde que se trata de un proceso al que se adaptará poco a poco; es lógico que al principio surjan dudas, por lo cual es de vital importancia que se mantenga en comunicación con el equipo de salud.

La psicóloga especialista en medicina conductual lo entrenará para desarrollar diferentes estrategias que le permitan afrontar su enfermedad, no sólo a usted, sino a sus seres queridos, además de entrenarlo en técnicas para mejorar la adherencia a su tratamiento. Sin embargo, es importante recalcar que el principal trabajo y responsabilidad están en usted, por lo que será importante su completo compromiso.



El apoyo de la familia es fundamental, pues además de proveer ayuda relacionada con aspectos materiales y conductuales de su enfermedad, representan en la mayoría de los casos la principal fuente de afecto y sostén. Los amigos son otra importante ayuda, por lo que es importante mantener relaciones de calidad.

Es de gran importancia mencionar que la Enfermedad Renal Crónica NO SIGNIFICA INCAPACIDAD; es verdad que se trata de un padecimiento que amerita seriedad, pero ello no le impedirá trabajar, estudiar o cooperar en los asuntos de casa, por lo que es necesario comunicarse con el médico para conocer las actividades que usted puede desempeñar. Recuerde que aún cuando padece una enfermedad crónica usted es una persona con capacidades y con posibilidad de seguir siendo productivo, ponerse metas y alcanzarlas, siempre y cuando no interfieran con su salud.

ANEXO 6. TRÍPTICO DPCA (PARTE 2 Y FRENTE)

Además es importante que planee sus horarios tanto de medicamento como de sueño, de tal modo que pueda sentirse descansado y al mismo tiempo cumplir con su tratamiento.



Además, es conveniente organizar los horarios para salir de paseo o convivir con la familia, para que en el momento en el cual deba hacer su siguiente recambio, usted se encuentre en casa.



La DPCA es una parte fundamental del tratamiento, sin embargo, no es la única. Debe recordar que se complementa con el control en la ingesta de líquidos, la dieta y los medicamentos, además del seguimiento por parte de los médicos, la enfermera de DPCA y su psicóloga.



La especialista en Medicina Conductual le enseñará estrategias para adaptarse a su nuevo estilo de vida.



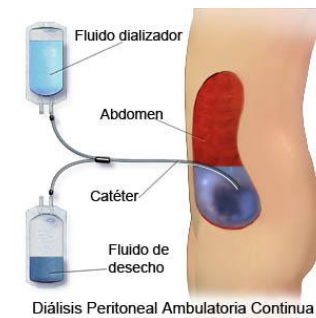
Hospital Juárez de México

Servicio de Nefrología

Residencia en Medicina Conductual
(Psicología)

Vivir con diálisis peritoneal

(Aspectos psicológicos de la DPCA)



Elaborado por:

Lic. Aranel J. Arredondo Pantaleón

R1 Medicina Conductual

Dra. Socorro Vital Flores

(Parte 1: interior de trípico). La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es un tratamiento sustitutivo de la función renal. En términos generales este tratamiento consiste en introducir y posteriormente extraer de la cavidad abdominal una solución especial que permite remover y filtrar los productos de desecho que se han acumulado en la sangre. También permite eliminar líquido excedente. El nombre "peritoneal" se debe a que el proceso se realiza mediante una membrana llamada **peritoneo**, la cual recubre la cavidad abdominal, así como los órganos de dicha área.

Se denomina Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria porque este procedimiento de dializado se lleva a cabo cada 6 horas (es decir, de manera continua) y en el domicilio del paciente (ambulatoria).



Se trata de un tratamiento seguro y efectivo, siempre y cuando se realice con los cuidados que le enseñarán durante su capacitación. Sin embargo, es frecuente que el paciente y sus familiares

experimenten emociones como la tristeza, la ansiedad, el descontrol, la angustia y los sentimientos de inutilidad, pues creen que ya no serán capaces de seguir estudiando o trabajar para aportar al hogar.



Esto no tiene por qué ser así, pues esta enfermedad, aunque es delicada, no representa incapacidad y usted podrá continuar con sus estudios y trabajo, pero muy importante que se comunique con su médico para que éste le diga cuáles son las actividades laborales que usted puede desempeñar sin riesgos para su salud.



Por otra parte, también existen algunos aspectos que ocasionan descontrol, como la integración de la DPCA a la rutina, el desconocimiento de la misma y la falta de costumbre, las dudas y la preocupación, así como el temor a no llevar a cabo la técnica de manera adecuada, no obstante, es importante recalcar que se trata de un proceso y al ir integrándolo a la rutina se volverá parte de su vida, las dudas irán aclarándose y usted mismo verá que si la técnica es adecuada los resultados serán satisfactorios.



ANEXO 6. TRÍPTICO PARA EL FAMILIAR (PARTE 2 Y FRENTE DEL TRÍPTICO)

Tener un familiar con Enfermedad Renal Crónica y cuidarlo es muy valioso, pues el paciente se siente apoyado y querido, sin embargo, usted también merece cuidados. ¿Hace cuánto no escucha su música favorita?, ¿ha cantado una canción, leído un libro o simplemente comido algo que le agrade?



Es importante que usted se dedique un tiempo. Aquí algunas opciones para aprovecharlo:

- Cierre sus ojos 5 minutos, respire profundo y concéntrese en su respiración o imagine una escena agradable.
- Practique alguna técnica de relajación (el especialista en medicina conductual puede entrenarlo en ello)
- Durante el baño disfrute cómo el agua y la espuma caen por su cuerpo.

- Cante la canción que más le guste.
- Lea.
- Escriba un diario.
- Recuerde experiencias agradables.
- Conviva con sus seres queridos.
- Salga a caminar un momento.
- La lista puede ser tan larga como usted lo desee. No necesita horas completas, basta con que se dedique 10 minutos y esos minutos sean PARA USTED; despéguese y aparte un momento de su mente la enfermedad.
- Es comprensible que al principio se sienta culpable por dedicarse un momento, pero deténgase a pensar ¿Si me dedico un tiempo qué es lo peor que puede pasar? ¿y lo mejor?



Su cuidado es tan importante como el del paciente.

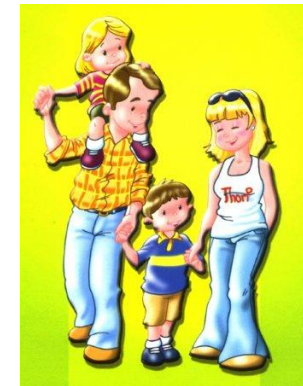


Hospital Juárez de México

Servicio de Nefrología

Residencia en Medicina Conductual

Aspectos psicológicos del familiar del paciente con Enfermedad Renal Crónica



Elaborado por:

Lic. Aranel J. Arredondo Pantaleón

R1 Medicina Conductual

Dra. Socorro Vital Flores

(Parte 1 del tríptico: interior). El familiar es una parte fundamental del proceso que implica padecer Enfermedad Renal Crónica, pues no sólo se mantiene al cuidado del paciente durante su estancia en el hospital, sino que representa la principal fuente de afecto y apoyo para el paciente.

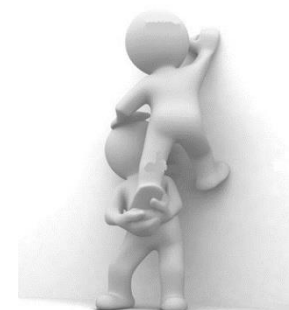


Es normal que el familiar que se mantiene a cargo del paciente la mayor parte del tiempo experimente emociones diversas: tristeza, angustia, ansiedad, desesperación y en muchas ocasiones sentimientos de culpabilidad, además del cansancio que representa cuidar del paciente y pensamientos desagradables relacionados con el futuro.



Es importante señalar que todo lo anterior es normal, pues se trata de una situación compleja de salud, sin embargo, usted puede recibir apoyo para afrontar de mejor manera la situación. La residente de Medicina Conductual puede apoyarlo en este proceso para adaptarse mejor a los cambios originados por la enfermedad de su familiar.

Su apoyo es fundamental y valioso, sin embargo, es importante que usted contribuya a fomentar conductas de independencia en el paciente; recuerde que la enfermedad NO significa incapacidad.



Reconozca los logros propios y del paciente, mantenga la comunicación y los lazos de afecto con él. Busquen que las pláticas no giren en torno a la enfermedad si no es necesario.



¿Ya se realizó estudios médicos? ¿Cómo están sus niveles de glucosa?, ¿Su presión arterial es normal? ¿Y el funcionamiento de sus riñones?. Recuerde que al tener un familiar con Enfermedad Renal Crónica usted también se encuentra en riesgo de padecerla, igual que si padece Diabetes o Hipertensión.

ANEXO 7.

TRÍPTICO DE ESTRATEGIAS CONDUCTUALES PARA EL CONTROL DE LÍQUIDOS

Mantenga alejados y poco visibles los recipientes que contienen líquido. Esto ayudará a mantener lejos de su vista y de su alcance todos aquellos objetos que pudieran originarle más deseos de beber líquidos. No se trata de esconderlos, simplemente de ubicarlos en lugares poco visibles. Puede mantener a su alcance sólo la cantidad requerida para usted.

Utilice jarras o recipientes medidores.

Recuerde que la cantidad de líquidos recomendada durante el día ya incluye los líquidos que se utilizarán para preparar los alimentos y para tomar sus medicamentos, por lo que será importante medir la cantidad exacta que se utiliza para mantener el control de lo que se consume.



Hospital Juárez de México

Servicio de Nefrología

Residencia en Medicina Conductual



Sugerencias para el control en la ingesta de líquidos.

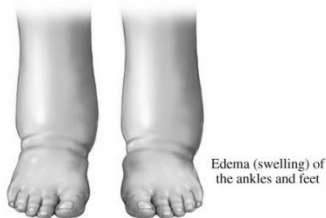
Elaborado por

Lic. Psic. Aranel J. Arredondo Pantaleón. R1
Medicina Conductual, servicio de Nefrología

Dra. Socorro Vital Flores. Jefe de servicio de
Nefrología

Los riñones tienen entre sus funciones la eliminación de líquidos, pero cuando estos órganos ya no funcionan, los líquidos se quedan en el cuerpo, generando edema y aumentando la presión arterial, por lo que es muy importante que el paciente controle la cantidad de líquidos que consume, respetando la cantidad diaria prescrita por el nefrólogo.

Sabemos que lo anterior no siempre resulta sencillo, pero es necesario para contribuir con esta parte del tratamiento, que resulta de gran importancia y que, junto al medicamento, la dieta y el tratamiento sustitutivo, ayudan a mantener el control de la enfermedad.



Por lo anterior, le presentamos una serie de sugerencias que podrían ayudarle a facilitar que el consumo de líquidos sea el recomendado.

Utilice recipientes pequeños

La explicación es sencilla: si utilizamos recipientes pequeños engañamos a nuestros sentidos, pues será más sencillo crear la ilusión de beber más si ocupamos vasos de menor tamaño que se verán llenos con poca cantidad, que si utilizamos otros más grandes, en donde la cantidad pequeña de líquido es evidente; asimismo, los vasos o recipientes grandes pueden producir la "tentación" de llenarlos un poco más al tener el espacio disponible para eso, facilitando el tomar más líquido del permitido, ocasionando problemas en su salud. Los recipientes para bebé o los envases vacíos de alimento lácteo fermentado o yogurth pequeño perfectamente limpios pueden ser buena idea.



Chupe un hielo envuelto en una gasa.

Es una técnica útil, pues en un hielo hay una cantidad pequeña de agua, que al estar congelada resulta más duradera y refrescante. Envuelva el hielo en una gasa

perfectamente limpia y con las manos bien lavadas pase el hielo por el contorno de su boca, tome pequeños sorbos.

Atención: Se trata de una técnica que busca ayudar a reducir el consumo de líquidos, por lo que **no debe abusarse** de ella. Con **uno o dos hielos** es suficiente.



Mastique chicles sin azúcar y de sabores frescos como menta.

Hacerlo ayuda a refrescar la boca y mantener la salivación, lo que a su vez la humedece.





HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ANEXO 8. NOTA DE
HEMODIÁLISIS

SERVICIO DE NEFROLOGIA

HEMODIÁLISIS
NOTA PSICOLÓGICA

Nombre:	No. Expediente:
Edad:	Dx. Médico:
Imp. Dx. Psicológica:	

Fecha	Motivo de consulta	Objetivo de intervención							Técnica de intervención										Resultados	Observaciones/ Sello y firma					
		Entrevista Inicial	Intervención en crisis	Intervención familiar	Seguimiento	Terapia de apoyo	Adhesión al tratamiento	Protocolo	Psico-educación	Solución de problemas	Escucha activa	Balance decisional	Estrategias de afrontamiento	Habilidades Sociales	Técnicas de Autocontrol	Reestructuración cognitiva	Incrementar adhesión al tx	Moldeamiento/ Modelamiento			Activación Conductual	Otra			

ANEXO 9.

MANUAL DE RELAJACIÓN. SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR

Manual de relajación para pacientes



Lic. Psic. Aranel de Jesús Arredondo Pantaleón

R2 medicina conductual

ALGUNOS PUNTOS A TOMAR EN CUENTA

Este manual le permitirá conocer diferentes técnicas de relajación que al practicarlas pueden ayudarle a controlar el dolor, reducir la ansiedad y descansar mejor. Cada técnica tiene señaladas sus contraindicaciones, es decir, LOS CASOS EN LOS QUE NO ES RECOMENDABLE APLICARLAS, es indispensable tomarlas en cuenta para brindar mayor seguridad al ponerlas en práctica.

Algo importante que también debe considerarse es que ante cualquier molestia originada por la técnica lo mejor es suspenderla.

RELAJACIÓN A TRAVÉS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

Contraindicaciones: Esta técnica NO puede ser aplicada en caso de presentarse una enfermedad cardiovascular.

Instrucciones:

- Busque un lugar que le resulte tranquilo, asegúrese de que no haya algo en su vestimenta que le apriete o incomode, quítese los anteojos, el reloj o cualquier prenda que pudiera molestarle.
- Colóquese en una posición cómoda, recuéstese o siéntese en un lugar confortable, con el cuerpo extendido, los brazos descansados.
- Cierre sus ojos.
- Sienta su respiración y concentre en ella su atención, sienta cómo entra y sale el aire de su cuerpo, disfrute de esa sensación tan agradable. Dese cuenta de cómo usted controla la entrada y salida del aire lentamente.
- Respire suave y profundamente, inhale por la nariz, despacio, muy despacio, sienta cómo su vientre, su tórax y

pecho se elevan y sus pulmones se llenan de aire, y cuando su pecho esté lleno, retenga unos momentos la respiración, tanto como usted aguante y después sáquelo lentamente, muy lentamente, disfrutando de dicha sensación. Recuerde no forzarse por relajarse, disfrute del momento y déjese llevar.

- Disfrute de la sensación, es muy agradable, muy agradable.
- Poco a poco sienta cómo su cuerpo está cada vez más relajado, cómo su respiración se vuelve cada vez más armoniosa y rítmica.
- Cada músculo de su cuerpo deja de estar tenso, cada vez siente su cuerpo más relajado, concéntrese en esa agradable sensación, descanse, tranquilo, este momento es para usted.
- Piense que esa sensación tan grata lo acompañará durante todo el día.
- Poco a poco usted abrirá los ojos, hágalo lentamente.
- Ponga en práctica esta técnica cada vez que lo desee, después de tomar sus medicamentos para el control del dolor, o cuando necesite sentirse descansado.



TÉCNICA DE TENSIÓN Y DISTENSIÓN MUSCULAR.

Contraindicaciones: No se sugiere utilizar esta técnica en casos de hipertensión, esguinces, luxaciones, torceduras, fracturas, propensos a sufrir calambres o en pacientes portadores de catéter o dispositivos subcutáneos.

Instrucciones

- Elija un lugar que le resulte cómodo
- Colóquese en una postura que le resulte agradable, puede ser acostado o sentado.
- Ahora, cierre los ojos e inhale aire profundamente, muy profundamente.
- Comience tensando los dedos de los pies durante 10 segundos, concéntrese en la sensación de tensión, siéntala mientras respira profundamente.
- Poco a poco disminuya la fuerza de modo que la tensión de los dedos de sus pies se reduzca, abra los dedos y afloje sus pies. Ahora concéntrese en la sensación que esto le produce, sienta cómo sus pies se relajan.
- Ahora, contraiga las pantorrillas, sienta cómo se tensan, concéntrese en esa sensación mientras respira profundamente, mantenga esa posición durante 10 segundos concentrándose en la tensión.
- ¿Listo? Ahora relaje las pantorrillas mientras respira profundamente y concéntrese esta vez, en la sensación de sus pantorrillas relajadas.
- Continúe tensando y relajando sus músculos fuertemente con el mismo procedimiento en el siguiente orden:
 - Jale las puntas de los pies hacia adentro y luego hacia afuera
 - RELAJE
 - RESPIRE PROFUNDAMENTE

- Glúteos
- RELAJE
- RESPIRA PROFUNDAMENTE
- Abdomen
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Tense el pecho
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Mano derecha
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Mano izquierda
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Ambas manos
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Doble fuertemente los brazos sintiendo la tensión de bíceps y tríceps
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Eleve los hombros en dirección a las orejas y aplique fuerza en los músculos
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Apriete fuertemente los dientes
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Los párpados, cerrando fuertemente los ojos
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE

- Frunza en ceño fuertemente
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE
- Ahora, tense todo el cuerpo como si fuera una sola pieza
- RELAJE
- RESPIRE PROFUNDAMENTE

Disfrute la sensación de calma y descanso, sus músculos se sienten relajados, usted se encuentra completamente RELAJADO.



TÉCNICA DE RELAJACIÓN CON IMAGEN AGRADABLE

Esta técnica requiere de su mayor concentración.

Instrucciones: En un lugar cómodo, con ropa confortable y sin accesorios como anteojos o relojes que pudieran apretarle o estorbarle se colocará en la posición más cómoda posible y comience a respirar como usted ya sabe, lenta y profundamente, lenta y profundamente.

Ahora, comenzará a imaginarse la escena más agradable que pueda, imagine todos los detalles: ¿Dónde está?, ¿qué ve?, ¿qué escucha?, ¿qué siente?, ¿qué aromas percibe?, el clima es perfecto

y usted se siente muy relajado y en paz, muy relajado y tranquilo. Disfrute de lo agradable que es estar en ese lugar, sienta cómo todos sus sentidos disfrutan de esa escena, identifique todo lo que hay en ese sitio. Este momento es para usted. Incluya todos los elementos que usted desee en esa escena, lo importante es que sea **muy agradable**.



RELAJACIÓN SIN TENSIÓN

Al igual que en las técnicas anteriores usted elegirá un sitio cómodo, sin accesorios que puedan lastimarlo o apretarle. Se colocará en una posición que le resulte agradable y en donde se facilite la aplicación de esta técnica.

Instrucciones:

Una vez que se encuentra en un lugar y posición cómodos y con los ojos cerrados, por favor, iniciará la respiración como usted sabe hacerlo, lenta y profundamente, lenta y profundamente. Repita cinco veces el ejercicio, inhale lentamente, mantenga unos momentos el aire y ahora, sáquelo poco a poco, poniendo “flojitos” los músculos de su frente, al mismo tiempo que respira calmadamente. Ahora, afloje los músculos de su nariz, mientras sigue respirando lenta, muy

lenta y profundamente. Concéntrese en lo agradable que resulta la sensación de sus músculos relajados. Es momento de relajar las mejillas mientras respira como ya sabe hacerlo. Concéntrese en la sensación, cada vez es más agradable. En este momento comenzará a relajar los músculos de su boca (lengua, labios) y su mandíbula, mientras respira como sabe hacerlo. Es probable que su boca quede un poco abierta, no importa, está bien, pues eso indica que los músculos de su rostro se encuentran relajados.

Ahora comenzará a relajar los músculos del resto de su cuerpo siguiendo los mismos pasos que cuando relajó su rostro, en el siguiente orden y combinándolo con la respiración:

- Cuello
- Espalda
- Glúteos
- Brazos
- Manos
- Dedos
- Pecho
- Estómago
- Cadera
- Piernas
- Rodillas
- Pantorrillas
- Pies
- Dedos de los pies
- Planta de los pies
- Ahora, todo el cuerpo

Sienta cómo los músculos de su cuerpo se sienten relajados y ligeros. Usted tiene una sensación de bienestar.



Es importante que recuerde que estas técnicas requieren entrenamiento constante, por lo cual no debe obligarse a sentirse relajado cuando comienza a ponerlas en práctica. Déjese llevar, tómese su tiempo y practíquelas constantemente. Si es constante es muy posible que pronto se encuentre disfrutando de los beneficios de la relajación.



ANEXO 10

ESCALA DE AMSTERDAM SOBRE ANSIEDAD PREOPERATORIA.

1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Nombre:

Historia clínica

Hospital de Origen:

Edad:

Sexo:

Tipo de Cirugía: Mayor () Intermedio () Menor ()

Cirugía previa: Si () No ()

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Pienso continuamente en la anestesia 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Estoy inquieto con respecto a la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Pienso continuamente en la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()