



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS EN LOS SERVICIOS DE
HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JORGE HUMBERTO ROSAS MEDINA

TUTOR PRINCIPAL:
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

COMITÉ TUTORIAL:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.
DRA. MARÍA DEL SOCORRO VITAL FLORES.
DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ.
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA.

México, D.F., Mayo 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JORGE HUMBERTO ROSAS MEDINA

TUTOR PRINCIPAL:
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

COMITÉ TUTORIAL:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.
DRA. MARÍA DEL SOCORRO VITAL FLORES.
DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ.
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA.

México, D.F., Mayo 2014



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.

Por tu consejo, por tu apoyo incondicional, por ser mi inspiración, por iluminar y hacer más feliz mi vida. Gracias mi siempre amada Margarita.

A mis dos familias (Rosas y Leco), por su confianza y ánimo cuando más lo necesitaba.

A mi tutora Dra. Bertha Ramos y revisor Dr. Samuel Jurado, por sus retroalimentaciones para crecer profesionalmente.

A la Dios y a la UNAM, por esta oportunidad.

Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	4
CAPÍTULO I. PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Actividades y objetivos	8
CAPÍTULO II. PRIMER PERIODO DE RESIDENCIA.	13
2.1 Marco teórico	13
2.2 Sede: Hospital Juárez de México	21
2.3 Servicio: Hematología	22
2.4 Actividades	24
2.5 Resultados	28
2.6 Conclusiones	36
CAPÍTULO III. SEGUNDO PERIODO DE RESIDENCIA	39
3.1 Marco teórico	39
3.2 Servicio: Nefrología	49
3.3 Actividades	52
3.4 Resultados	56
3.5 Conclusiones.	62
3.6 Investigación: Perfil socio-demográfico y de estrés en cuidadores primarios informales de pacientes en Hemodiálisis.	64
3.6.1 Introducción	64
3.6.2 Método	69

3.6.3 Resultados	71
3.6.4 Conclusiones	76
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	84
ANEXOS	93

RESUMEN.

El presente reporte de experiencia profesional, tiene como objetivo describir las actividades académicas, de práctica clínica y de investigación realizadas durante los dos años de residencia en la Maestría en Medicina Conductual del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. El escenario clínico donde se llevó a cabo fue el Hospital Juárez de México, el primer periodo en el servicio de Hematología y el segundo en el servicio de Nefrología. Las principales actividades académicas consistieron en la participación en sesiones de casos clínicos y bibliográficas, supervisiones *in situ* y académicas, elaboración de talleres y presentaciones de casos. La mayor cantidad de horas se dedicaron a la atención de pacientes realizando actividades de práctica clínica supervisada incluyendo evaluación, diagnóstico e intervención cognitivo conductual, en total se realizaron 1376 intervenciones y se atendieron a 235 pacientes. Durante el segundo periodo de residencia se realizó una investigación para establecer el perfil socio-demográfico y de estrés en cuidadores primarios informales de pacientes en Hemodiálisis. Finalmente se llevó a cabo un análisis de las competencias profesionales alcanzadas y una conclusión basada en la evaluación de las actividades descritas y los sistemas de supervisión, resaltando la atención multidisciplinaria en la atención eficaz de pacientes con enfermedades crónicas.

CAPÍTULO I. PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.

1.1 Antecedentes.

Durante las últimas décadas en México, existe un proceso de cambio paulatino en el perfil de causas de defunción, en el cual progresivamente disminuyen las afecciones infecciosas y parasitarias a favor de las crónicas y degenerativas, a este proceso se le ha denominado transición epidemiológica (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2010).

El cambio al perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país, se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes. Por un lado, los avances en las intervenciones médicas y nuevas tecnologías que abaten los decesos en edades tempranas y, por otro, las consecuencias provocadas por las transformaciones sociales y el comportamiento de las personas. La presencia de estilos de vida que dañan la salud, las exposiciones a sustancias nocivas o agentes estresores se han relacionado con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas (Rodríguez & Jaén, 2004).

Para Piña, Obregón, Corral y Márquez (1996) es en este aspecto donde los conocimientos desarrollados en el campo de la Psicología adquieren importancia en la atención de la salud física, sin limitarse al área de la salud mental, debido a las siguientes razones:

- a) Se acepta que el comportamiento juega un papel relevante en el curso, mantenimiento, eliminación o impedimento desde un trastorno ligero de salud hasta una enfermedad progresiva y permanente.
- b) Nuestra disciplina, con base en un modelo psicológico de salud, está en posibilidad de orientar de forma articulada y parsimoniosa las prácticas de curación, rehabilitación y prevención de la enfermedad.

- c) Dentro del quehacer inter y/o multidisciplinario permite sumar nuestro cuerpo de conocimientos científicos y tecnológicos para incidir conjuntamente sobre las problemáticas de salud que aqueja a la población.

Con esta base, en la década de los setentas y principalmente en los ochentas, se desarrolló una nueva aproximación desde la psicología para el dominio de la salud, fundamentando sus métodos de intervención y resultados en su capacidad para someterlos a pruebas científicas, denominado Medicina Conductual.

Fue en 1977, dentro de la Conferencia en Yale, que se definió por primera vez de forma consensuada el término Medicina Conductual de la siguiente forma: área interdisciplinaria que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para comprensión de la salud física y enfermedad, y la aplicación de éste conocimiento y de las técnicas a la prevención, evaluación y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

Una de las definiciones más actuales es propuesta por la Society of Behavioral Medicine (2013), conceptualizándola como: *“Campo interdisciplinario que integra los conocimientos derivados de las ciencias de la conducta, psicosocial y biomédica para comprender la salud y la enfermedad, la aplicación de este conocimiento y técnicas derivadas de los mismos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación”*.

Del análisis de las definiciones anteriores, se puede establecer que la Medicina Conductual: es un área de integración de las disciplinas biomédicas y las psicosociales, para la evaluación, análisis y modificación del comportamiento en todas las etapas del proceso salud-enfermedad (desde la promoción de la salud hasta etapas libre de enfermedad o terminales).

La investigación acumulada en más de tres décadas indica claramente que las intervenciones multimodales que incluyen técnicas de terapia cognitivo conductuales en la atención de las enfermedades crónicas, promoción de la salud

y conductas de autocuidado, son beneficiosas y rentables (Turk, 2002). Se ha documentado que el tratamiento psicológico reduce la tasa de complicaciones y hospitalizaciones, mejora la adhesión al tratamiento y el control de los cuadros clínicos, en general, la relación costo-beneficio de los efectos de las intervenciones psicológicas es notablemente favorable, incluso demostrado en datos económicos de las instituciones de salud (Riveros, 2011).

A pesar del reconocimiento de la influencia de las variables psicológicas y sociales como elemento clave para que las personas adopten conductas pertinentes para prevención y rehabilitación de las enfermedades, en México sólo se le brinda un papel secundario, debido a la prevalencia de una visión biomédica en la salud (Piña, 2004).

Este panorama abre oportunidades, pero de igual forma desafíos para los psicólogos dedicados al área de la salud requiriendo especialistas entrenados en la prestación de servicios enfocados a la solución de problemas clínicos, recursos humanos que dominen las bases biológicas, cognitivas, conductuales, emocionales y sociales de la salud y enfermedad, con suficiente conocimiento en disciplinas afines para la colaboración interdisciplinaria, con la capacidad de ampliar el campo de conocimiento utilizando una metodología que evidencie los beneficios de su intervención y formados con una base ética sólida (Rodríguez & Jaén, 2004).

Teniendo en cuenta las necesidades anteriores, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha generado el Programa de Maestría en Psicología que consisten en desarrollar en los estudiantes las competencias requeridas y su demostración en la práctica profesional de la Psicología de alto nivel, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios escolares y profesionales reales; otro objetivo es favorecer la adquisición de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en las diversas áreas, utilizando la metodología, medición, evaluación e

intervención psicológica adecuada; y por último, formar profesionales con actitud de servicio acorde con las demandas y necesidades sociales (Plan de estudios de la Maestría en Psicología, 2011; Lineamientos generales para el desarrollo del posgrado, 2011 en Reynoso, Bravo, Anguiano y Mora, 2012).

Dentro de la Maestría en Psicología existen 12 programas de residencias en las áreas de salud, educación y social. El Programa de Residencia en Medicina Conductual fue diseñado en 1998 y aplicado por primera vez en 1999 bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo-conductual (Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual, 2001 en Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011).

1.2 Actividades y objetivos.

La Residencia en Medicina Conductual, tiene como objetivo principal: desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencias necesarias para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2013).

El programa de residencia se encuentra dividido en dos etapas de formación, que son las siguientes:

- Primera etapa: entrenamiento dentro de instalaciones universitarias que se desarrolla entre los meses de agosto a enero. Los alumnos reciben talleres breves, todo esto con el propósito de que se encuentren preparados para enfrentarse a los siguientes problemas psicológicos:

- Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos.
- Manejo de la depresión y/o ansiedad causada por la estancia hospitalaria.
- Manejo del dolor.
- Comunicación de noticias a pacientes y familiares.
- Intervención en crisis.
- Adherencia a la terapéutica.
- Canalización de los casos que no son de su competencia.

- Segunda etapa: Los alumnos se ubican durante 18 meses en un hospital de segundo o tercer nivel de atención, ofreciendo formalmente 2,400 horas de práctica supervisada. En el ámbito hospitalario, en general, las principales actividades consisten en el diseño y desarrollo de programas de intervención para coadyuvar con el personal médico en el manejo de enfermedades crónico-degenerativas, lo que implica la evaluación, el diagnóstico, la instauración de plan de intervención, la aplicación de distintas técnicas y procedimientos y la evaluación de los resultados (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2013).

En específico:

- a) se atienden problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos,
- b) se ofrecen alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas,
- c) se desarrollan intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica,

d) se entrena 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,

e) se entrena a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma,

f) se trabaja con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Las actividades académicas y de práctica clínica realizadas durante la segunda etapa de residencia son las siguientes (dependiendo del servicio):

- Integrarse a la dinámica de trabajo del servicio asignado.
- Colaborar con el equipo médico en los procedimientos invasivos.
- Paso diario de visita.
- Evaluar conductualmente a los pacientes aplicando distintos instrumentos válidos y confiables derivados del modelo cognitivo-conductual.
- Planear las metas de intervención para cada paciente considerando su tiempo de estancia intrahospitalaria y las posibilidades de seguimiento.
- Elaborar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica, adaptando el programa a cada paciente.
- Realizar notas clínicas en expedientes.
- Practicar, entre otras, las siguientes técnicas específicas para el tratamiento de sus pacientes: detección y modificación de distorsiones cognitivas, relajación, manejo de contingencias, entrenamiento en asertividad,

entrenamiento en habilidades sociales, detención del pensamiento, solución de problemas, autocontrol y autoinstrucciones.

- Canalizar los casos que no sean de su competencia al personal correspondiente.
- Realizar el seguimiento de los pacientes.
- Registrar la información en formatos e instrumentos adecuados.
- Evaluar el efecto del tratamiento utilizando la metodología adecuada.
- Asistencia a las sesiones generales del hospital una vez por semana.
- Asistir a supervisión de casos clínico.
- Presentación de caso clínico en sesión grupal.
- Asistir a clases médicas del servicio asignado y de la residencia en medicina conductual.
- Elaborar y entregar al supervisor *in situ* y académico reportes diarios, semanales y mensuales de productividad.

Las actividades hospitalarias anteriores pretenden entrenar al residente en habilidades y destrezas como son:

1. El trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos.
2. Las habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas crónicos.
3. La evaluación conductual y (en su caso) el diagnóstico.
4. El manejo de las técnicas cognitivo-conductuales en salud.

5. La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención en el tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.
6. Habilidades de trabajo en un equipo multidisciplinario en escenarios hospitalarios.
7. Habilidades de entrevista clínica en pacientes con enfermedad crónica y sus familiares.
8. Habilidades para la evaluación conductual o el diagnóstico en pacientes con enfermedad crónica.
9. Habilidades en la elaboración, aplicación y evaluación de intervenciones para prevenir, tratar o rehabilitar pacientes con enfermedad crónica.
10. Práctica de intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica.
11. Práctica del manejo de técnicas cognitivo-conductuales a fin de disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad crónica.
12. Habilidades para evaluar los efectos de las intervenciones instrumentadas.

Con el panorama descrito, el siguiente reporte incluye la descripción de los dos periodos de residencia, el primero de ellos en el servicio de Hematología y el segundo en el servicio de Nefrología, ambos en la sede de tercer nivel de atención Hospital Juárez de México. En ambos capítulos se describe las características de la sede, del servicio, la descripción y estadísticas de las actividades realizadas; así como evidencia de trabajo incluyendo casos clínicos y material educativo.

CAPÍTULO II. PRIMER PERIODO DE RESIDENCIA.

Hospital Juárez de México

Servicio de Hematología

En el presente capítulo, se describen las actividades realizada durante el primer periodo de residencia que consta del 9 enero al 31 octubre de 2012. Primero se brinda un breve marco teórico sobre la principal enfermedad que se atiende en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, la leucemia, incluyendo un apartado de investigaciones psicológicas llevadas a cabo en esta área. Posteriormente se brinda la descripción de las características del servicio en el que se realizó la residencia, las actividades y productividad registrada durante este periodo. En el apartado de anexos se agregan el material de apoyo utilizado y los casos clínicos presentados (Anexo 1, 2 y 6).

2.1 Marco teórico

El cáncer o neoplasias son todas aquellas enfermedades en las que existen células anormales que se multiplican sin control y que invaden los tejidos cercanos. Estas células se pueden diseminar a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático años (Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS], 2011). Existen varios tipos de estas neoplasias que se identifican de acuerdo al lugar en el que aparecen, entre otras tenemos:

- Carcinoma, empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.
- Sarcoma, empieza en el hueso, el cartílago, la grasa, el músculo, los vasos sanguíneos u otro tejido de sostén.
- Leucemia, empieza en un tejido donde se forman las células sanguíneas, como la médula ósea.

- Linfoma y Mieloma múltiple, empiezan en las células del sistema inmunológico.

En México, entre el año 1922 y el año 2001, la proporción de muertes por cáncer pasó de 0.60 % a 13.1 % de la población. En el 2002 existieron 110,094 casos de cáncer, de los cuales el 34.9 % se presentaron en hombres y el 65.1 % en mujeres, reflejando también que a mayor edad existe mayor incidencia de casos. En la actualidad se encuentra entre las tres principales causas de muerte en población general, mientras la leucemia es la enfermedad 18 en orden de presentación en edad productiva, entre 15 a 64 años (SINAIS, 2011).

La leucemia es una neoplasia monoclonal y maligna de las células progenitoras hematopoyéticas. Las células malignas pierden su capacidad para madurar y diferenciarse, llamados blastos, estos proliferan de forma incontrolable y sustituyen a elementos normales de la médula ósea (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2010a)

En casi todos los casos no existe una causa de origen de este padecimiento, sin embargo, la genética, la radiación, exposición a sustancias tóxicas (como el benceno), diversos solventes, pesticidas, tintes para el cabello o varios fármacos quimioterapéuticos se han relacionado con la presencia de leucemia (CENETEC, 2010b).

Las principales manifestaciones clínicas son síntomas ocasionados por la anemia, la neutropenia y la trombocitopenia. Estos son: hemorragias en piel y superficies mucosas (equimosis y epistaxis), infecciones, malestar, fatiga, pérdida de peso, palidez, disnea de esfuerzo y dolor óseo (Linker, 2007).

La leucemia se puede clasificar en aguda o crónica, la leucemia aguda se caracteriza por un comienzo rápido, un curso muy breve y fatal (aproximadamente tres meses) si no se trata, este tipo de leucemia fue el padecimiento más atendido en el servicio de Hematología, durante el periodo de

rotación. La leucemia aguda se clasifica en linfoide y mieloide dependiendo del tipo de línea celular que se ve afectada.

La Leucemia Linfoide Aguda (LLA), se presenta cuando el cuerpo produce un gran número de glóbulos blancos inmaduros, llamados linfocitos, estos blastos rápidamente se multiplican y reemplazan las células normales en la médula ósea, impidiendo que se formen células sanguíneas saludables (CENETEC, 2010b). El 80 % de las leucemias agudas de la niñez son LLA, mientras en el adulto representa cerca del 20 % (SINAIS, 2011). En México, representa el padecimiento leucémico más frecuente (Ramos, Castellanos, Martínez, Montaña, Martínez, Olarte et al., 2011).

Los exámenes de laboratorio que se realizan para el diagnóstico de la LLA son: biometría hemática completa, química sanguínea, examen general de orina, así como los estudios de gabinete de radiografía de tórax y aspirado de médula ósea (CENETEC, 2010b). Las recomendaciones del CENETEC (2010b), en el tratamiento para la Leucemia Linfoide Aguda, se divide en diferentes etapas:

1. *Inducción a la remisión.* El objetivo es erradicar más del 99 % de masa leucémica inicial, restaurar la hematopoyesis normal y alcanzar un estado funcional general. Los medicamentos utilizados en esta fase son glucocorticoides (prednisona o dexametasona), vincristina, antraciclina y L-asparaginasa. Se realiza otro aspirado de médula ósea al día 14 después de iniciado el tratamiento para valorar respuesta inicial.

Adicional se brinda quimioterapia de profilaxis al sistema nervioso central, mediante el procedimiento de intratecal, que consiste en la realización de una punción lumbar para extraer líquido cefalorraquídeo e introducir los fármacos de quimioterapia.

2. *Quimioterapia de consolidación.* Se utiliza para erradicar la resistencia a drogas de las células leucémicas residuales reduciendo el riesgo de recaída. Por lo general se utilizan altas dosis de citarabina y metotrexate.

Al finalizar el paciente puede ser candidato a trasplante de médula ósea.

La Leucemia Mieloide Aguda (LMA), es una proliferación rápida y descontrolada de la línea mieloide, eritroide, megacarocítica y monocítica que interfiere en la producción de glóbulos rojos normales. La LMA es el tipo de leucemia aguda más común en adultos y su incidencia aumenta con la edad (Milanés, Losada, Hernández, Agramonte & Rosell, 2002).

Como sucede con la LLA, los exámenes de gabinete y laboratorio para el diagnóstico de la LMA, también requiere de procedimientos médicos invasivos, entre ellos el aspirado de médula ósea y toma de sangre. De acuerdo el CENETEC (2010a), el tratamiento de las LMA se basa en el esquema 3+7 (Antraciclina+Citarabina). Dividido en dos fases inducción y consolidación, en las cuales se tienen los mismo objetivos que los mencionados en el tratamiento de LLA.

La leucemia representa una enfermedad de relevancia epidemiológica, pero también social, debido a todas las dificultades que experimentan los pacientes desde el diagnóstico hasta la posible remisión de enfermedad o fallecimiento: pérdida de empleo o curso escolar a causa de internamientos largos y constantes, dificultades para relacionarse con pareja, familiares y/o amigos, cambios físicos, interferencia en el área sexual y reproductiva, malestares físicos provocados por los efectos de la quimioterapia: inmunosupresión y restricciones para prevenir infecciones, fatiga, caída de cabello, pérdida de peso, náuseas y vómito.

Como se mencionó anteriormente, existen diferentes procedimientos invasivos para el diagnóstico y tratamiento que se realizan con alta frecuencia, por ejemplo: toma de muestras de sangre, biopsia, aspirado de médula, colocación de catéter,

punción lumbar y/o quimioterapia intratecal, los cuales provocan en los pacientes un dolor agudo que suele ser sumamente intenso y difícil de controlar (Bragado & Fernández, 1996); así como altos niveles de malestar y emociones fuertes (miedo, ansiedad y enojo) aún cuando dichos procedimientos no sean realmente amenazantes en un sentido médico. Lo anterior afecta las habilidades de los pacientes para afrontar estos eventos, incluso provocando que sean incapaces de colaborar con el personal médico (L'Horne, Vatnamidis & Carel, 2000).

En el aspecto psicológico, el sólo hecho de ser diagnosticado con cáncer se convierte en una fuente importante de estrés, ansiedad y depresión, adicional a ello, los constantes ingresos al hospital aumenta los niveles de estrés y ansiedad en muchos pacientes (Gómez, Monsalve, Soriano & De Andrés, 2007). Además, surge la incertidumbre sobre su salud, desesperanza por el futuro, sentimientos de incapacidad para cuidar a su familia, sentimiento de extrema vulnerabilidad física y preocupación constante por la efectividad del tratamiento.

Las investigaciones e intervenciones cognitivo conductuales, se han dirigido a amortiguar los efectos secundarios y el tratamiento agresivo contra el cáncer. Siendo incluidos frecuentemente en los programas de atención multidisciplinarios y han recibido amplia aceptación tanto del personal médico de primera línea y los pacientes.

DeGood, Crawford & Jongsma (1999), proponen que los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son:

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Mejorar la capacidad para identificar, afrontar y expresar apropiadamente las emociones asociadas con el diagnóstico.

- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos, teniendo mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adhesión terapéutica.
- Estimular la participación en actividades placenteras y mantener o mejorar las relaciones sociales.
- Facilitar la comunicación con el personal de salud, la pareja y otras personas significativas.
- Mejorar la calidad de vida y adaptación, tanto del paciente como sus familiares, al proceso de enfermedad.

En complemento con lo anterior, Bravo (2010), propone que la labor del psicólogo al atender pacientes oncológicos es orientarlos de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse en todas las etapas de la atención médica.

La revisión realizada sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales se describen en los siguientes temas:

Ansiedad, dolor y estrés. La mayoría de las investigaciones en psicología se han centrado en el manejo de la ansiedad y dolor agudo ante los procedimientos médicos invasivos en pacientes con leucemia (Sosa, 2009).

Salas, Gabaldón, Mayoral, Guerrero, Albisu & Amayra (2003) reportan y analizan la metodología y resultados de 12 estudios, 10 de ellos relacionados con la eficacia de un programa de intervención para la disminución del dolor, ansiedad y estrés en pacientes con leucemia ante procedimientos médicos invasivos (sobre todo aspirado de médula y punciones lumbares). Por lo general las intervenciones utilizan la distracción cognitiva, entrenamiento en respiración y/o imaginación, ensayo conductual y modelado. Las intervenciones obtuvieron una reducción

significativa en las puntuaciones de estrés, ansiedad y dolor, independientemente de la forma de recolección de puntajes: autorreporte, reporte de familiares y personal de salud, observación conductual o medidas físicas como tasa cardíaca. Los programas cognitivo-conductuales mostraron mayor beneficio que los tratamientos farmacológicos y los grupos control (cuando existió), sin embargo la combinación de ambos (programas cognitivo-conductuales y tratamiento farmacológico) fueron más eficaces antes y durante los procedimientos médicos. No así en los resultados de seguimiento (en las investigaciones que lo realizaron) donde se muestra un mejor ajuste del paciente después de un programa cognitivo-conductual.

Otra revisión, informa que las investigaciones con niños y adultos para reducir los efectos secundarios provocados por la aspiración de médula ósea, la punción lumbar y venopunción, incorporan múltiples estrategias: distracción, modelado, relajación, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva. Los resultados apoyan la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales en la reducción significativa de la ansiedad, dolor y la aversión ante los procedimientos mencionados (Redd, Montgomery & DuHamel, 2001).

Sosa en 2009, reporta una intervención cognitivo conductual de siete sesiones, que incluye las técnicas de psico-educación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación para disminuir la ansiedad de los pacientes ante el diagnóstico de leucemia. El grupo consistía de 10 pacientes entre 18 a 40 años, los cuales mostraron beneficios después de la intervención, sin embargo el análisis no concluye si estos cambios fueron significativos.

Depresión. El riesgo de depresión entre la población que ha recibido un diagnóstico de cáncer es mayor en comparación con la población sin diagnóstico. Por lo general, utilizando cuestionarios que evalúan dicho constructo se estima una prevalencia del 10 al 30 %, en cambio mediante entrevista estandarizada la

estimación es del 16 % (Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi, Johansen et al., 2011).

El meta-análisis de estudios aleatorizados y controlados, realizado en el 2012 por Hart, Hoyt, Diefenbach, Anderson, Kilbourn, Craft et al., menciona que las intervenciones cognitivo conductuales son eficaces para el manejo de la depresión en pacientes con cáncer, con cambios estadísticamente significativos comparados con los grupos control. Mejorando estos resultados al combinar tratamiento cognitivo conductual con tratamiento psiquiátrico.

Náuseas y vómito. La mitad de los pacientes que reciben quimioterapia experimentan náuseas y vómitos como consecuencia directa de su tratamiento, afectando también su calidad de vida y adhesión a las prescripciones médicas. Las investigaciones en este tema se han centrado en la náusea anticipatoria, reportando reducción significativa de las sensaciones de náusea y vómito cuando se han utilizado intervenciones con técnicas de relajación antes y durante la aplicación de la quimioterapia (Redd, Montgomery & DuHamel, 2001; Rodríguez, Martínez, Lozano & Alvarado, 2010), obteniendo resultados poco efectivos en la náusea y vómito posteriores a la quimioterapia (Redd, Montgomery & DuHamel, 2001).

Fatiga. Es un estado multifacético, subjetivo y fisiológico caracterizado por un persistente y abrumador agotamiento, reflejado en una disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental. Esta fatiga no disminuye con el descanso o el dormir (Morrow, Andrews, Hickok, Roscoe & Matteson, 2002).

Es el problema más común reportado por sobrevivientes de cáncer, con frecuencia la fatiga comienza desde el diagnóstico, empeora durante el curso del tratamiento, y persiste durante meses, e incluso años, después de terminado el tratamiento. A menudo significa que los sobrevivientes tienen que depender de los demás para las tareas del hogar, transportarse, e incluso simples actividades de cuidado personal, tales como la preparación de alimentos o bañarse (Morrow et al., 2002).

En general las intervenciones cognitivo conductuales que incluyen psicoeducación y manejo del estrés, han mostrado beneficios en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer con cambios estadísticamente significativos (Morrow, Shelke, Roscoe, Hickok & Mustian, 2005; Mustian, Morrow, Carroll, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre & Williams, 2007).

Este breve marco teórico permite cumplir con dos aspectos fundamentales de la Medicina Conductual. Primero, el brindar las intervenciones psicológicas teniendo en cuenta las posibles causas orgánicas del malestar psicológico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad, ajustando los objetivos de terapéuticos al contexto hospitalario, características y necesidades del paciente. Segundo, aplicando los procedimientos, técnicas o estrategias que han demostrado eficiencia y eficacia en esta población. En el siguiente apartado, se describen las actividades realizadas durante el primer periodo de residencia en el Hospital Juárez de México.

2.2 Características de la sede: Hospital Juárez de México.

El Hospital Juárez de México se ubica en la avenida Instituto Politécnico Nacional 5170, Colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, México Distrito Federal.

Es una institución de salud de tercer nivel de atención, cuenta con servicios de consulta externa y hospitalización en diferentes especialidades médicas, distribuidos en 5 divisiones de especialización: División médica, División de Cirugía, División de Gineco-Obstetricia, División de Pediatría y la División de Medicina Crítica.

Dentro de la división Médica se encuentran las especialidades de Alergia e Inmunología, Geriatria, Gastroenterología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Neumología e Inhaloterapia, Nefrología, Psicología y Psiquiatria, Reumatología y Neurofisiología.

La división de Cirugía, está integrada por las especialidades de Cirugía General, Cirugía Cardiorácica, Oftalmología, Oncología, Ortopedia y Traumatología,

Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Urología, Cirugía Maxilofacial, Trasplantes, Anestesiología, Neurocirugía, Angiología, Medicina Física y Rehabilitación.

La división de Gineco-Obstetricia está compuesta por los servicios: Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción.

Dentro de la división de Pediatría las especialidades que la integran son las siguientes: Neonatología, Pediatría Médica, Oncología pediátrica, Terapia Intensiva Pediatría, Cirugía Pediátrica y Urgencias Pediátricas.

Por último la división de Medicina Crítica incluye los servicios de Urgencias Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios y Unidad de Hemodinamia.

En el caso particular de la Maestría en Medicina Conductual, los residentes se encuentran brindando atención en las especialidades: Clínica de dolor, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Oncología, Oncología pediátrica, Pediatría y Trasplantes.

A continuación se describe las características del servicio en Hematología, sede del primer periodo de residencia.

2.3 Características del servicio: Hematología.

La sede del servicio de Hematología está dividido en dos áreas, hospitalización y consulta externa. El área de hospitalización se encuentra ubicado en el tercer piso lado sur, consta de 3 aislados (dos de seis camas, uno para cada sexo y otro de tres camas que se utiliza de acuerdo a la demanda de pacientes), sin embargo dependiendo de las necesidades del servicio, se pueden utilizar otras salas del piso. La consulta externa se desarrolla en el cubículo 1 de banco de sangre, ubicado en el primer piso, donde se brinda atención a pacientes con

padecimientos hematológicos de primera vez o consulta subsecuente, que no requieren hospitalización.

El servicio se encuentra conformado por un jefe de servicio, dos médicos adscritos, dos o tres residentes en Medicina interna, dos residentes en Medicina Conductual, dos o tres médicos internos de pregrado (dependiendo de la rotación) y una trabajadora social. Los residentes médicos e internos, realizan una rotación cada dos meses, las líneas de autoridad se muestran en la Figura 1.

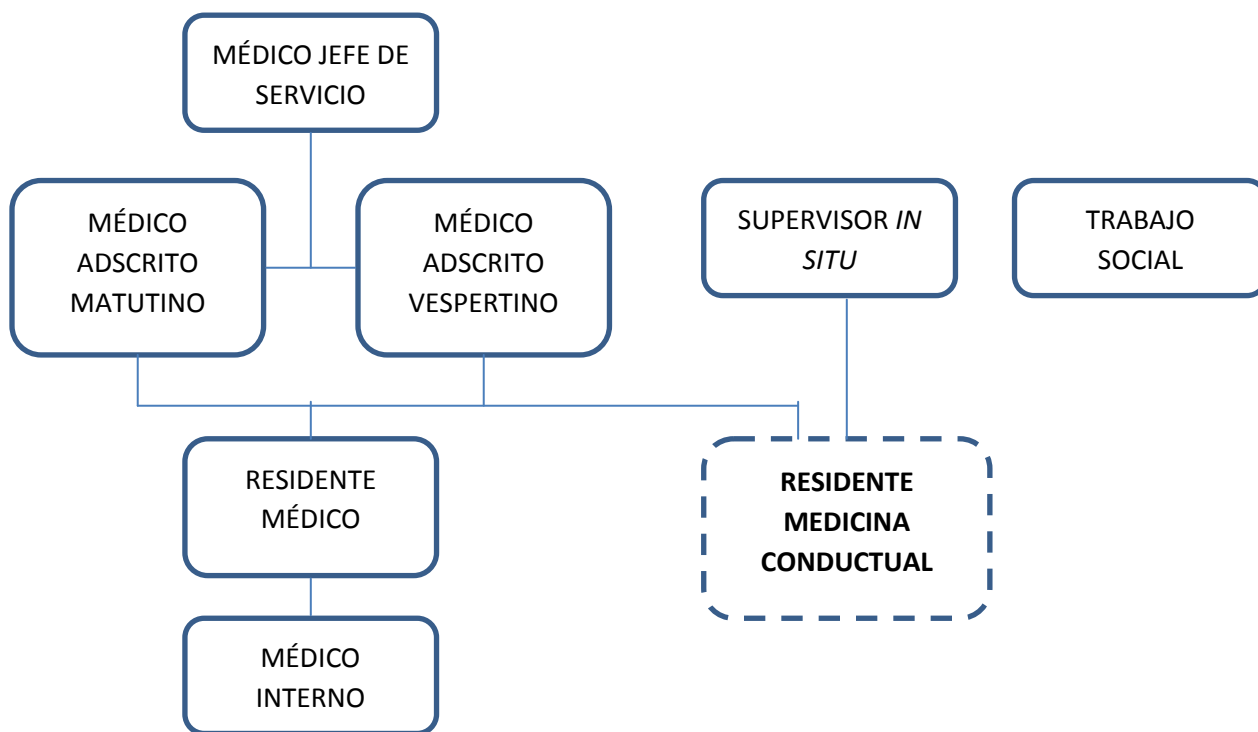


Figura 1. Organigrama del servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

Evaluación inicial del servicio.

Al iniciar en el servicio, existió la necesidad de reestructurar actividades, debido a que durante marzo 2011 a febrero 2012 sólo hubo una residente, el principal cambio se realizó en la asignación igualitaria de pacientes hospitalizados basados en el censo médico.

El servicio trabaja de forma multidisciplinaria entre jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes, residente médicos conductuales y trabajadores sociales, existiendo comunicación constante para brindar la atención a los pacientes. En ocasiones el propio personal médico es quién solicita directamente la intervención psicológica para la atención de un paciente.

Se identificaron tres necesidades inmediatas en el servicio: materiales de psicoeducación, aplicación de pruebas psicométricas y un protocolo de intervención general dirigida al cuidador primario del paciente hematológico.

2.4 Descripción de actividades.

- **Actividades clínicas**

1. Pase de visita: el equipo de salud (Jefe de servicio o médico adscrito, médicos y psicólogos residentes, médicos internos y trabajadora social) se dirige con cada paciente hospitalizado y se brinda un resumen de su condición médica, por parte de los médicos residentes. Después de salir de una sala se brinda el informe a los familiares. Los residentes en Medicina Conductual, toman nota de las necesidades encontradas en los pacientes y/o familiares en el área psicológica, en ocasiones el Jefe de Servicio o Médico Adscrito es quién los canaliza al servicio.

2. Intervención cognitivo conductual: en las cuales se realizó psicoterapia breve, evaluaciones iniciales, seguimientos y/o intervenciones en crisis con pacientes y/o familiares.

3. Talleres: se realizaron talleres dirigidos a familiares de pacientes hematológicos en colaboración con la trabajadora social del servicio, enfocados a las normas de comportamiento en los aislados, medidas de higiene, psicoeducación de leucemia y solución de problemas para responder a las demandas de su paciente (Anexo 5).

- **Actividades académicas.**

1. Sesión general: una vez por semana, los médicos de diferentes servicios del hospital exponen temas asignados (por lo general casos clínicos), la asistencia es obligatoria para todos los residentes y adscritos.

2. Clase médica: en estas clases los médicos residentes exponen temas designados del área hematológica, complementan la información los médicos adscritos. Los residentes en Medicina Conductual responden a cuestionamientos directos de las problemáticas en el área de psicología que experimentan por los pacientes y/o familiares debido al padecimiento y/o el tratamiento.

3. Clase de invitados en Hematología: durante este tiempo se brinda clases de otras áreas que complementan la actividad de los médicos en el servicio: Oncopediatría, Laboratorio, Enfermería y Medicina Conductual. Durante estas clases los residentes en Medicina Conductual en los servicios de Hematología y Oncopediatría brindan los temas referentes al área de Psicología, se tiene una participación por servicio en cada rotación de médicos residentes. Las presentaciones más frecuentes fueron: ¿Qué es Medicina Conductual?, Manejo psicológico de pacientes terminales y Comunicación de malas noticias.

4. Revisión de artículos médicos: en esta actividad médicos residentes e internos presentan el resumen de un artículo del padecimiento asignado, cada uno de ellos exponen un artículo diferente y se realiza una análisis junto con el Jefe de servicio o Médico adscrito. Los residentes en Medicina Conductual presentan un artículo de los aspectos psicológicos en los diferentes temas asignados, también realizan preguntas para aclarar dudas y analizar las consecuencias fisiológicas (físicas y químicas) del padecimiento y/ o el tratamiento, en la conducta del paciente.

5. Clase de Medicina Conductual: se expone uno de los temas asignados por el supervisor *in-situ*. Los temas incluyen definición y tratamiento de las

enfermedades médicas, efectos a niveles físicos, psicológicos y sociales, etapas de enfermedad, tipos de terapia, técnicas de intervención cognitivo conductuales, entre otros. Durante esta rotación el residente expuso los temas “Tipos de intervención y Cuidados paliativos”.

6. Presentación de caso clínico en Medicina Conductual: el objetivo de esta actividad es presentar un caso que se ha dificultado y se requiere el análisis y sugerencia por parte del supervisor *in situ*, compañeros residentes en Medicina Conductual y en ocasiones supervisor académico. También se pueden presentar casos donde se han realizado intervenciones exitosas. Los casos clínicos expuestos durante este periodo por el residente se agregan en el apartado de anexos ya mencionados.

7. Revisión de artículos en Medicina Conductual: un residente expone un artículo asignado en Medicina Conductual enfocado en los diferentes trastornos médicos. Se analiza y se exponen comentarios acerca del objetivo, la metodología, los beneficios de la intervención propuesta en otras poblaciones y los alcances del artículo.

8. Supervisión académica: se lleva a cabo una asesoría para intervención de casos difíciles, se brindan clases de temas específicos y se realizan avances para la elaboración del reporte de experiencia profesional.

Las actividades se distribuyen durante la semana, como se ilustra en el siguiente horario.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 a 8:00			Clase de Medicina conductual.		
8:00 a 9:00	Pase de visita.	Pase de visita	Sesión General.	Clase de invitados en Hematología	Pase de visita
9:00 a		Clase médica	Pase de visita	Pase de	Revisión de

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:00				visita	artículos médicos.
10:00 a 11:00		Continuación de pase de visita	Casos clínicos en Medicina conductual.		Continuación de pase de visita
11:00 a 12:00			Supervisión académica		Revisión de artículos en Medicina conductual
12:00 a 13:00					
13:00 a 14:00					
14:00 a 15:00					

El pase de visita iniciaba en los horarios indicados, sin embargo se podía extender de acuerdo al número de pacientes hospitalizados. En las horas restante a las 15:00 horas (en ocasiones se extiende este horario por necesidades del servicio), se realiza las intervenciones y/o evaluaciones en hospitalización, quimioterapia ambulatoria, consulta externa de Hematología y consulta externa de Medicina Conductual (espacio físico cubículo 1 y 4 de psicooncología). Además de realizar las notas clínicas correspondientes con formato SOAP.

La Figura 2, muestra el número de ocasiones que se realizaron las actividades académicas durante el primer periodo de rotación, no se incluyen las intervenciones cognitivo conductuales las cuales se describen en el apartado de resultados.

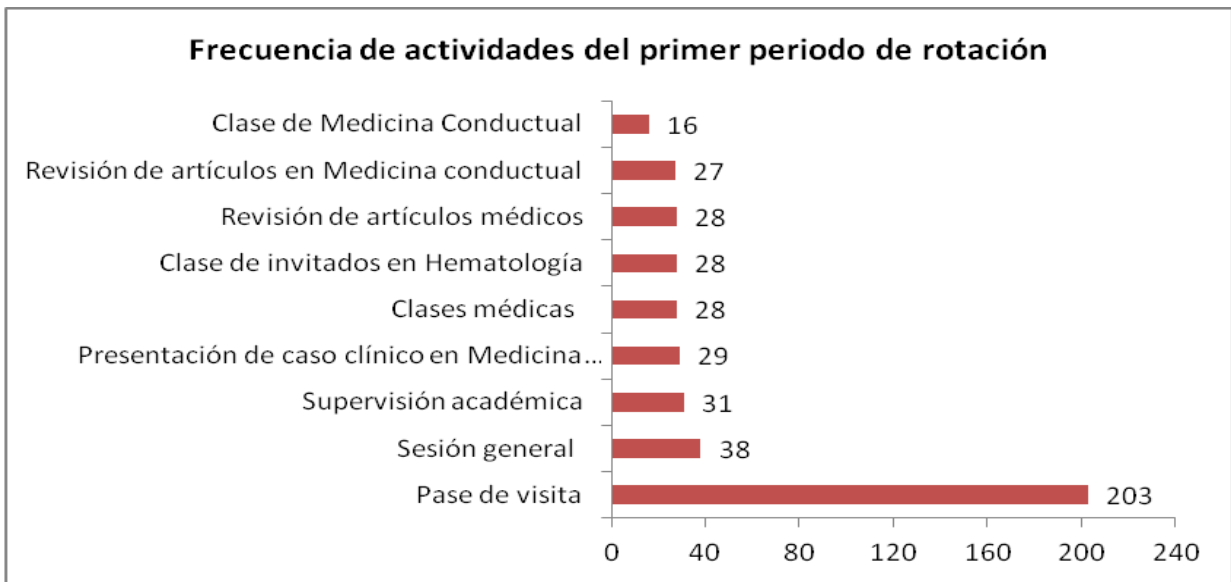


Figura 2. Frecuencia de actividades.

2.5 Resultados.

En este apartado se muestran los datos cuantitativos de resultados-productividad generados durante el primer periodo de rotación en el servicio de Hematología, incluye el número de intervenciones cognitivo conductuales, frecuencia de aplicación de las diferentes técnicas psicológicas, diagnósticos psicológicos y médicos y características de pacientes atendidos.

Intervenciones cognitivo conductuales.

Se denominan intervenciones a cada sesión en que se atendió al paciente con la finalidad de cumplir un objetivo terapéutico, con duración de 15 a 60 minutos aproximados. De esta forma, las intervenciones incluyen: evaluaciones psicológicas iniciales, psicoterapia breve (individual, familiar y de pareja), seguimientos e intervenciones en crisis. La Tabla 1 muestra la distribución de las 732 intervenciones dentro de los formatos mencionados.

Las intervenciones muestran que el 77.3 % estuvieron en el formato de Psicoterapia breve. Semanalmente se intervino con el paciente y/o familiar un promedio de 3 sesiones.

Tabla 1. Intervenciones psicológicas	
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA
Psicoterapia breve	566
Seguimientos	87
Intervención en crisis	42
Evaluación iniciales	37
Total	732

En el 88 % de estas intervenciones se realizó psicoterapia individual, 8 % psicoterapia familiar y 4 % psicoterapia de pareja, representadas en la Figura 3, con el número de ocasiones en que se brinda cada formato de psicoterapia.

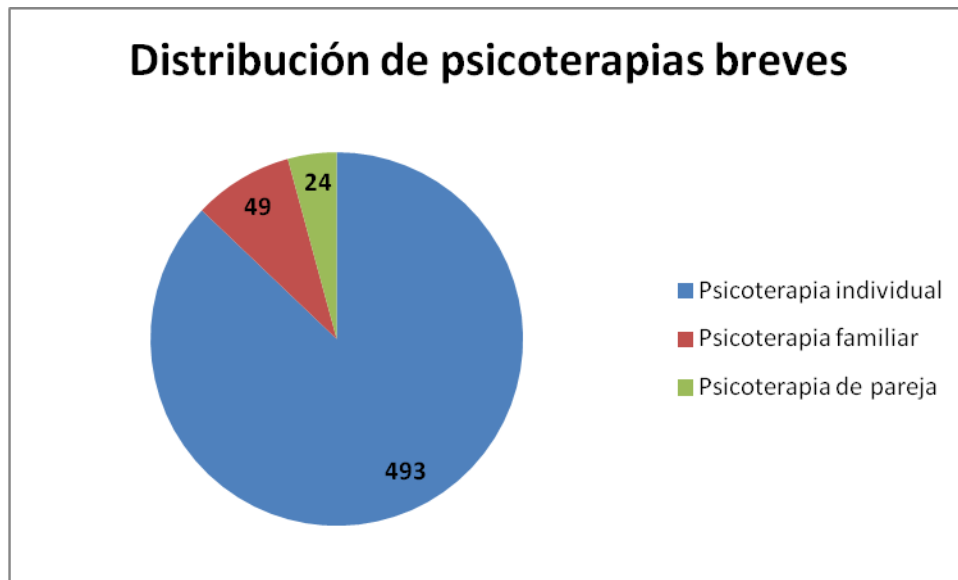


Figura 3. Distribución de intervenciones en el formato de psicoterapia.

Se puede observar que la realización de Psicoterapia individual es la más utilizada, debido a que los pacientes hospitalizados demandan una atención

personalizada. Por supuesto, existen problemáticas generales que se presentan en cada etapa de la enfermedad o a los pacientes con larga estancia hospitalaria, sin embargo como no todos son diagnosticados en fechas cercanas o su adaptación no sucede en el mismo tiempo, genera que la atención individualizada aumente en frecuencia.

Seguimiento.

De las intervenciones totales 13 % consistieron en seguimiento. Sesiones que se brindaban al finalizar un entrenamiento o la solución de una problemática, cuando el paciente se mostraba sin alteraciones psicológicas y se reforzaban las habilidades aprendidas, con el objetivo de que el paciente las incorporara a su repertorio conductual.

Intervención en crisis.

Este tipo de intervenciones se realizaron al atender momentos de crisis relacionadas con la notificación de malas noticias (confirmación de un diagnóstico, recaída, tratamientos médicos sin resultados favorables o fallecimiento de un familiar) y representan el 6 %. La baja frecuencia de intervenciones en crisis se puede explicar a dos factores, primero en el caso del diagnóstico los pacientes ya habían sido sometidos a diferentes procedimientos en los cuales se les había brindado información por parte del médico del padecimiento a descartar o confirmar, además se utilizaba este tiempo para conocer y regular las expectativas del paciente por parte de los residentes en Medicina conductual. Segundo, antes de fallecer, los pacientes por lo general tenían una pérdida gradual de su estado de salud, lo que permitía una conciencia de la evolución de la enfermedad por parte del propio paciente.

Lugares de atención.

En el servicio de Hematología, los residentes en Medicina Conductual brindaron la atención psicológica en 4 áreas: hospitalización, quimioterapia ambulatoria,

consulta externa de Hematología y consulta externa de Medicina Conductual (espacio físico consultorio 1 y 4 de psicooncología). En la Figura 4, se ilustra el número de ocasiones en que los espacios mencionados fueron utilizados para brindar atención, recordando que se figura el número de sesiones realizadas y no pacientes atendidos. El área de hospitalización fue donde los pacientes demandaron mayor apoyo, en contraste consulta externa de Hematología fue el lugar menos utilizado para brindar la atención psicológica, esto puede deberse a que el número de psicólogos residentes no permite mantener un responsable en esa área y sólo se atiende al paciente cuando el médico lo solicita. Al realizar una intervención que incluyera 2 o más sesiones por lo general se programaban en estancia hospitalaria, ya que el 98 % de los pacientes permanecían en su primera hospitalización de 5 a 30 días y posterior a su egreso la mayoría requerían internamientos programados. Esto provocó el aumento de las intervenciones en hospitalización y un número reducido de ellas en consulta externa de Medicina Conductual. Las intervenciones en quimioterapia ambulatoria, no se pudieron realizar tan frecuentemente debido a que los pacientes hematológicos son programados los días miércoles, mismo día en que se tienen programas actividades académicas de la residencia.



Figura 4. Número de sesiones que se brindaron en los diferentes espacios asignados.

Técnicas psicológicas.

La Tabla 2 muestra las principales técnicas utilizadas durante las intervenciones. En ocasiones se utilizaron 2 técnicas durante una sesión, sin embargo sólo se reporta la de mayor duración. Las principales técnicas utilizadas fueron psicoeducación, relajación, activación conductual, solución de problemas y reestructuración cognitiva (77 % de las técnicas), que utilizan con resultados eficaces en problemas de ansiedad, depresión y estrés en pacientes oncológicos y los cuales fueron identificados con gran frecuencia en pacientes hematológicos, descrito con mayor detalle más adelante.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS.	FRECUENCIA
Psicoeducación	156
Relajación	147
Activación conductual	108
Solución de problemas	85
Reestructuración cognitiva	67
Orientar-informar	28
Balance decisional	25
Comunicación asertividad	25
Autoinstrucciones	23
Manejo de contingencias	23
Ensayo conductual	16
Control de estímulos	15
Distracción instrumental	14
Total:	732

Características de los pacientes.

- Diagnóstico médico y sexo.

La Tabla 3 describe a los 148 pacientes con diversos padecimientos hematológicos atendidos por el servicio de Medicina conductual. De ellos 48 % son del sexo femenino y 52 % pertenece al sexo masculino. El 66 % de los pacientes fueron diagnosticados con algún padecimiento oncológico, siendo la leucemia linfocítica aguda la más frecuente (39 %), estos datos se relacionan con las estadísticas nacionales, donde se establece que la tercera causa de defunciones son las neoplasias malignas. También se establece que la prevalencia de leucemia es mayor que de linfomas, y estos a su vez son más frecuentes que los casos de mieloma múltiple, además menciona que los tres padecimientos afectan con mayor frecuencia al sexo masculino (Fernández, et al., 2011), los datos encontrados en este periodo de residencia, concuerdan con dicha información.

Tabla 3. Diagnóstico médico en relación con el sexo			
DIAGNÓSTICO MÉDICO	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Leucemia Linfocítica Aguda	23	28	51
Leucemia Mieloide Aguda	15	10	25
Púrpura Trombocitopénica Idiopática	10	5	15
Anemia aplásica	8	5	13
Linfomas	6	9	15
Anemia hemolítica	3	3	6
Síndrome Mielodisplásico	3	2	5
Leucemia crónica	2	4	6

Tabla 3. Diagnóstico médico en relación con el sexo			
Mieloma Múltiple	1	5	6
Hemofilia	0	6	6
Total	71	77	148

- Diagnóstico Psicológico.

Para realizar los diagnósticos psicológicos se establecieron dos criterios: 1) basados en el Manual de Diagnóstico y Estadística IV Texto Revisado (DSM-IV TR) y 2) los que no cumplieron los criterios. No se logró establecer un diagnóstico con el 100% de los pacientes debido a que en ocasiones el ingreso al servicio y la muerte del paciente fueron muy próximos.

En la Tabla 4, se muestran los diagnósticos psicológicos identificados pertenecientes al primer criterio. El 24.8 % de los diagnósticos fueron trastornos adaptativos. Los trastornos de ansiedad fueron diagnosticados en el 19.2 % de los casos. Factor psicológico que afecta enfermedad médica y trastornos del estado de ánimo incluyen el 17.5 % de los caso, respectivamente. Estos cuatro padecimientos fueron los más frecuentes durante el primer periodo de rotación.

La literatura revisada indica que los trastornos de adaptación representan el trastorno mental más común en pacientes con cáncer, la prevalencia oscila entre 14 y 34,7 %; en los pacientes con enfermedad terminal, las tasas oscilan entre 10,6 y 16,3 % (Moivic & Block, 2007), dato que concuerda con lo encontrado en el servicio.

Como ya se mencionó, los trastornos de ansiedad también son frecuentes en pacientes con leucemia, en este caso representó la segunda problemática psicológica por la que se requirió brindar atención.

Tabla 4. Diagnósticos psicológicos en pacientes hematológicos basados en DSM-IV TR.	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
Trastornos adaptativos	27
Trastornos de ansiedad	21
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica	19
Trastornos del estado de ánimo	19
Incumplimiento terapéutico	11
Problemas de relación	7
Trastornos de personalidad	3
Trastornos somatomorfos	2
Total	109

En ocasiones los síntomas presentados por los pacientes no cumplían con los criterios para ser diagnosticados basados en DSM-IV TR, sin embargo representaban una molestia significativa en los pacientes, estos se categorizaron en el segundo criterio y son reportados en la tabla 5. El recibir un diagnóstico y ser hospitalizado representa una situación estresante para la mayoría de los pacientes, así Murillo & Pedraza (2006), reportan que los pacientes que se diagnostican con cáncer tienen una respuesta inicial de estrés, lo cual podría justificar el primer dato reportado en la siguiente tabla.

Tabla 5. Diagnósticos psicológicos en pacientes hematológicos que no cumplieron criterios DSM-IV TR.	
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
Respuesta de estrés	13
Sintomatología ansiosa	7
Sintomatología depresiva	5

2.6 Conclusiones.

Del servicio: los médicos adscritos y residentes médicos trabajan de forma multidisciplinaria, dando importancia a la participación de los residentes en Medicina Conductual, por ejemplo: preguntando por los casos, escuchando la retroalimentación brindada acerca del paciente o del comportamiento del personal, respetando el espacio y tiempo de las intervenciones psicológicas, y solicitando el apoyo para la atención de un caso particular.

De las actividades de práctica clínica: han permitido la identificación y evaluación de diagnósticos psicológicos basados con sustento teórico y técnico, y a su vez permitiendo programar y estructurar intervenciones breves a través de entrenamientos adaptados al contexto y al paciente, así como la elección de instrumentos y métodos para evaluar los cambios. Todo ello ha contribuido al desarrollo de competencias descritas en el objetivo del programa de residencia.

De las actividades académicas: La organización, planeación y ejecución de dichas actividades, han sido deficientes, debido a ello se han perdido clases programadas, se percibe poco interés a dichas actividades por parte de los supervisores *in situ* y residentes.

De la supervisión *in situ*: Ha permitido identificar áreas de oportunidad y crecimiento profesional, sin embargo no ha existido un seguimiento. Esta supervisión ha tenido mucha dificultad en su organización y continuidad, teniendo cambios frecuentes de supervisor por no contar con un médico conductual de base en la sede.

De la supervisión académica: Esta actividad permitió el crecimiento profesional del residente, orientando con la planeación de sesiones y objetivos de intervenciones, las formas de evaluación y ajuste de las técnicas cognitivo conductuales, también con la recomendación de bibliografía. La retroalimentación se realizó de forma constructiva.

Se concluye que las intervenciones en el ámbito hospitalario deben ser breves, atendiendo a las necesidades inmediatas del paciente y del tratamiento médico, prosiguiendo con intervenir enfocadas a modificar los estilos de vida, mejorar la adaptación del paciente y la familia a la enfermedad crónica. Las estancias prolongadas en el hospital y los constantes reingresos programados que se realizan en el servicio de Hematología genera en el paciente alteraciones en su estado de ánimo y ansiedad, sin embargo al mismo tiempo permite realizar intervenciones de por lo menos 8 sesiones, haciendo posible llevar a cabo programas de entrenamiento y no sólo ejercicios de las técnicas, generando un mejor aprendizaje de la nueva habilidad por parte del paciente.

El servicio de Hematología, permite conocer a detalle el tema de cáncer, pero también otro tipo de enfermedades que llegan a ser curables, permitiendo una variación en la técnica y objetivo de la intervención psicológica dependiente de la enfermedad padecida. Este primer periodo de residencia también permitió aprender las características del paciente con una enfermedad crónica desde el inicio (diagnóstico) hasta el final (etapa libre de enfermedad o fallecimiento), y con ello las acciones terapéuticas que se pueden brindar de acuerdo a las necesidades detectadas en cada etapa.

En el aspecto profesional me ha permitido realizar intervenciones que incluyeron más de tres sesiones, por lo tanto poder implementar entrenamientos y no sólo ejercicios de las técnicas utilizadas, así como evaluar a corto y mediano plazo (meses), los efectos de dicha intervención.

Se identificó como área de mayor oportunidad para continuar con el crecimiento profesional la selección, evaluación y aplicación de diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico psicológico.

A nivel personal, el enfrentarme a situaciones que suelen ser muy difíciles y que ahora les doy otro significado como el ser “rechazado” por un paciente que no

desea trabajar contigo y más difícil el presenciar la muerte de una (varias) persona con la cual has convivido un tiempo significativo.

Se sugiere mayor organización y supervisión de las actividades académicas, incluyendo una supervisión presencial, es decir, momentos donde el residente realice una evaluación o intervención acompañado por el supervisor *in situ* o académico como coterapeuta, esto ayudaría a brindar retroalimentaciones de las competencias alcanzadas y por desarrollar del residente con criterios más objetivos.

CAPÍTULO III. SEGUNDO PERIODO DE RESIDENCIA.

Hospital Juárez de México.

Servicio de Nefrología.

En el presente capítulo, se describen las actividades realizadas durante el segundo periodo de residencia, del 5 de noviembre de 2012 al 28 de junio de 2013, en el servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México. Como introducción se proporciona un breve marco teórico sobre la enfermedad renal crónica, también se incluye un apartado de investigaciones en el área de Psicología realizadas con esta población. Posteriormente se brinda la descripción de las características del servicio, las actividades y resultados obtenidos durante este periodo. En el apartado de anexos se agrega el material de apoyo utilizado (Anexo 7) y el caso clínico presentado (Anexo 3).

3.1 Marco teórico.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la manifestación de diversas entidades patológicas que disminuyen el número de nefronas funcionales y la reducción de la filtración glomerular de forma gradual e irreversible (López, 2010).

Basados en las guías de práctica clínica K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) propuestas por la National Kidney Foundation estadounidense, se clasifica a la ERC en cinco estadios, a partir del nivel de filtración, mencionada en la tabla 6 obtenida de López (2010).

Tabla 6. Estadios de la enfermedad renal.		
Estadio	Descripción	Tasa de Filtración Glomerular (TFG)
1	Daño renal con TFG normal	≥ 90 ml/min
2	Daño renal con disminución ligera	89-60 ml/min
3	Daño renal con disminución moderada	59-30 ml/min
4	Daño renal con disminución severa	29-15 ml/min

Tabla 6. Estadios de la enfermedad renal.		
5	Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	< 15 ml/min

El estadio 1, representa mínimos datos de daño renal (aparición de concentraciones mínimas de proteínas en orina), hasta el estadio 5 donde se requiere sustituir la función renal (CENETEC, 2009).

A nivel mundial se calcula que 840 millones de habitantes (10 % de la población mundial) presentan algún grado de ERC (Vital, 2013). En México, no existen datos epidemiológicos que nos permitan visualizar con exactitud el problema de la ERC, en parte se debe a que la mayoría de las personas con función renal disminuida no son identificadas de manera temprana y por ende son tratados de manera inadecuada para impedir la progresión de la enfermedad renal a estadios más avanzados, por ello las estadísticas existentes se basan en pacientes atendidos con tratamiento sustitutivo (CENETEC, 2009).

Se estima que en México afecta al 11 % de la población (Vital, 2013). López en el 2010, menciona que en nuestro país existen alrededor de 180 mil individuos en estadio 4, 2.5 millones en estadio 3, 3.5 millones en estadio 2 y 6 millones en estadio 1, es decir, aproximadamente 12 millones de mexicanos tienen algún grado de daño renal. En el 2011, las enfermedades renales ocuparon la décima primera causa de mortalidad en la población general mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013).

En México la ERC es uno de los padecimientos más costosos, y que generan uno de los más altos deterioros en la vida de los pacientes y sus familiares (Santillán, 2010), por ejemplo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el 2005, invirtió el 21 % del gastos total del programa seguro de enfermedades y maternidad, en el 0.7 % de sus derechohabientes, correspondientes a la población con ERC de este instituto (CENETEC, 2009).

Comorbilidades.

Las causas de ERC son diversas, sin embargo los principales factores de riesgo para su desarrollo, son la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, obesidad, infecciones de vías urinarias y el consumo crónico de diversos fármacos (CENETEC, 2009; Vital, 2013).

- Hipertensión Arterial: es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y daño a órganos blancos como el riñón. Los pacientes con ERC tienen 5 a 500 veces mayor riesgo de presentar Enfermedad Cardiovascular (ECV) que la población general (CENETEC, 2009).

- Dislipidemia: se asocia al deterioro de la función renal y progresión hacia la falla renal terminal, y puede presentarse desde el inicio de la ERC, siendo más frecuente a partir del estadio 3. Las alteraciones más comunes son niveles altos de lipoproteínas de baja densidad y niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (López, 2010).

- Hiperglucemia: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la primera causa de ERC en el mundo, en México es responsable del 55 % de los casos (CENETEC, 2009).

Diagnóstico.

En general esta enfermedad se detecta en análisis clínicos rutinarios, a medida que ésta evoluciona, aparecen graves alteraciones fisiopatológicas: toxicidad urémica, alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo, desnutrición, anemia, osteodistrofia renal, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, provocando los siguientes síntomas: fiebre, dolores de cabeza, insomnio, aumento o disminución en el número de micciones, entumecimiento, dolores o espasmos musculares, pérdida del apetito, cansancio, náuseas y edemas (Vidal, 2003).

El diagnóstico de ERC, requiere de los siguientes estudios: medición de la tensión arterial, medición de la creatinina sérica, estimación de la TFG y la evaluación de presencia de marcadores de daño renal (albuminuria-proteinuria, análisis del sedimento urinario, estudios de imagen o histopatológicos) (López, 2010).

Tratamiento.

Los pacientes con ERC reciben manejo farmacológico para el control de los síntomas y comorbilidades, no existe cura para esta enfermedad. Conjuntamente se deben modificar las conductas para mejorar su estilo de vida. Los hábitos positivos del estilo de vida incluyen: dieta baja en grasas, sales y proteínas, reducción de peso, reducción en la ingesta de líquidos, incremento de la actividad física y suspender ingesta de tabaco y alcohol (López, 2010).

El CENETEC (2009), propone la incorporación de los pacientes dentro de programas educativos y grupos de auto-ayuda con el objetivo de fomentar y modificar las conductas de autocuidado, desde el momento en que el paciente es notificado del padecimiento crónico.

En pacientes en estadio 5, es necesario brindar un tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis o trasplante.

Diálisis. Es un proceso de eliminar los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre, existen dos modalidades:

- **Hemodiálisis:** el objetivo de este procedimiento es sustituir la acción limpiadora y filtrante del riñón por medio de un circuito extracorpóreo (riñón artificial) que hace pasar la sangre a través de un dializador extrayendo del cuerpo sal, exceso de líquido y los desechos tóxicos (Imagen 1). Antes de iniciar el proceso es necesario intervenir quirúrgicamente al paciente para colocar un catéter o una fistula arteriovenosa, el cual sirve de acceso para cada sesión de hemodiálisis. Las sesiones se realizan en promedio tres veces por semana y se emplean de 2 a 4 horas (López, 2010).



Imagen 1. Obtenida de internet, puede tener derechos de autor.

- Diálisis peritoneal:** permite limpiar la sangre utilizando la membrana peritoneal como filtro (Imagen 2). Para realizar este tipo de diálisis, primero se interviene quirúrgicamente al paciente colocando un catéter en la cavidad abdominal, el cual permite introducir una solución dializante y tras un periodo de tiempo, extraer dicha solución cargada de los tóxicos y el exceso de agua (Vidal, 2003). Existen dos modalidades la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada (DPA). En la primera se realizan los intercambios de fluidos de forma manual, el líquido dializante queda en el abdomen de 4 a 6 horas, por lo que los cambios de solución se realizan cuatro veces al día. En tanto en la segunda, los intercambios se hacen mientras el paciente duerme con ayuda de una máquina, por lo que su duración es de 8 o 10 horas, este último procedimiento no se brinda en el Hospital Juárez de México.



Imagen 2. Obtenida de internet, puede tener derechos de autor.

Trasplante. Es un proceso médico que consiste en implantar un riñón sano de un donante en el cuerpo de un receptor compatible. El servicio de Nefrología no atiende este tratamiento el cual corresponde al servicio de Trasplantes.

La ERC, representa una alerta de salud, en la cual resulta importante establecer estrategias de intervención desde una perspectiva multidisciplinaria: médicos, nutriólogos y psicólogos (Vital, 2013), debido a las complicaciones que este padecimiento genera no sólo en la salud de la persona, sino en otras esferas de su vida, por ejemplo: descenso en el rendimiento laboral, en ocasiones pérdida de empleo, interferencia en su vida sexual y reproductiva, malestares físicos (hipertensión, dolor de cabeza, náuseas y fatiga), conflictos con familiares o amigos debido al cambio en su estilo de vida (dieta, citas médicas, eliminación de tabaco y alcohol, realización de diálisis), aislamiento y abandono de eventos sociales, conductas pasivas y de dependencia, limitaciones motoras y posibles deterioros cognitivos.

También se han identificado y estudiado problemas de depresión y ansiedad que se relacionan a las conductas y sintomatología antes mencionadas, además de predecir la mortalidad, adhesión al tratamiento y calidad de vida de los pacientes (Christensen & Ehlers, 2002; Kimmel & Peterson, 2006)

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Las investigaciones e intervenciones en Psicología se han dirigido a estos aspectos para favorecer el proceso de adaptación a la enfermedad, que permita respuestas rápidas y adecuadas ante el tratamiento, incluyendo la modificación del estilo de vida, adhesión a tratamiento y someterse a procedimientos médicos invasivos.

Depresión. Los problemas depresivos son comunes en esta población, se considera que afecta a un 30 % de los pacientes con ERC (Cukor, 2007; Ye, Chen, Lin, Wang, Zhang, Yang et al., 2008), en México De los Ríos, Ávila y Montes (2005), señala que la prevalencia es de 46% en pacientes renales, la diferencias se deben a la forma de evaluación y criterios de selección de los participantes. A pesar de las diferencias en prevalencia se ha identificado a la depresión como un factor predictor para la morbilidad, mortalidad, calidad de vida y adhesión a tratamiento en estos pacientes (Duarte, Miyazaki, Blay & Sesso, 2009; Santillán, 2010). De ahí la importancia de las evaluaciones e intervenciones en esta problemática.

Cukor en el 2007, reporta que los pacientes con ERC mantienen una creencia distorsionada de asociación entre el padecimiento físico y la depresión, es decir los pacientes creen que la depresión es parte de la enfermedad, que es normal y que por ello no podrán disfrutar de la vida.

En la misma publicación el autor, también refiere la eficacia de una intervención cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes con ERC. Dicha intervención se realizó de forma individualizada enfocada a modificar las distorsiones cognitivas y fomentando la activación conductual, con una duración de 15 sesiones, en la cual los 16 participantes mostraron una disminución significativa en el Inventario de Depresión de Beck, la cual se mantuvo durante la evaluación de seguimiento.

Duarte et al. (2009), evaluaron en un ensayo aleatorio la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes en hemodiálisis crónica con diagnóstico de depresión mayor. Participaron 85 pacientes, los cuales fueron distribuidos en dos grupos, el primero con 41 pacientes que recibieron 12 sesiones semanales de terapia durante 3 meses (grupo de intervención), el segundo conformado de 44 pacientes que sólo recibieron el tratamiento habitual de la unidad de hemodiálisis (grupo control). En ambos grupos, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck al

inicio del estudio, a los 3 meses y por último a los 9 meses como seguimiento. El grupo de intervención tuvo una mejora significativa, en comparación con el grupo control en las puntuaciones medias del inventario, concluyendo que la terapia de grupo cognitivo-conductual es un tratamiento eficaz de la depresión en los pacientes de hemodiálisis crónica.

Ansiedad. Se afirma que una cuarta parte de los pacientes con enfermedad renal presentan niveles patológicos de ansiedad (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001). Ye et al. (2008), menciona que síntomas ansiosos clínicamente significativos se presentan en el 38 % de los pacientes con ERC, por su parte De los Ríos, Ávila & Montes (2005) refieren una prevalencia de 37 % en pacientes mexicanos, las diferencias como en el caso de la depresión se deben a la forma de evaluación y criterios de selección. Por lo general, esta sintomatología es asociada al inicio por desconocimiento del padecimiento, tratamiento y efectos secundarios, también se relacionan a los procedimientos médicos quirúrgicos y cambios en su estilo de vida (Vidal, 2003).

Para el manejo de la ansiedad y estrés en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas & Reynoso-Erazo (2009), evaluaron la utilidad de un programa de relajación y retroalimentación biológica a través del comportamiento de variables fisiológicas (presión arterial diastólica y sistólica, así como la frecuencia cardiaca) y escalas psicométricas. Con un diseño de caso único y ocho repeticiones, se observan diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre – post en las escalas de ansiedad y estrés de forma individual y grupal, disminuyendo la sintomatología reportada por los pacientes al inicio del tratamiento. Corroborando lo anterior, también existió un cambio significativo en por lo menos una variable fisiológica por paciente, disminuyendo su valor inicial.

Lerma en el 2012, realizó un estudio comparativo con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención cognitivo conductual para disminuir la ansiedad y

depresión en pacientes con IRC, participaron 60 personas que recibieron tratamiento de hemodiálisis durante al menos 3 meses, los cuales fueron distribuidos en dos grupos aleatorizados, el primero recibió una intervención cognitivo-conductual de cinco sesiones agregada a la atención médica convencional (grupo experimental) y el segundo sólo recibió la atención médica (grupo control que pertenecía a una lista de espera). Concluyendo que la intervención disminuyó los puntajes de ansiedad y depresión de forma estadísticamente significativa comparada con los puntajes del grupo control.

Adhesión a tratamiento. La falta de adhesión al tratamiento, es el predictor medular en la evolución del padecimiento. Se estima que más de 50% de los pacientes en hemodiálisis no cumplen con su régimen de líquidos (Sharp, Wild, Gumley & Deughan, 2005). Christensen, Moran, Wiebe, Ehlers, & Lawton (2002), sugieren que de acuerdo a varias investigaciones, la prevalencia se estima en un 30 a 60 % de los pacientes.

En el caso de la ERC las investigaciones han encontrado ciertas variables relacionadas con la baja adhesión: 1) variables relacionadas con el individuo (creencias, presencia de algún trastorno psiquiátrico, falta de comprensión del diagnóstico o habilidades, inadecuadas estrategias de afrontamiento, falta de apoyo social, falta de recursos); 2) variables relacionadas con la enfermedad (sintomatología, gravedad); 3) variables relacionadas con el tratamiento (complejidad, duración, grado de cambio conductual requerido), y 4) variables sobre la relación médico paciente (comunicación, empatía) (Santillán, 2010).

Christensen et al. (2002), examinaron la eficacia de una intervención en grupo de autorregulación conductual (incluyendo autocontrol, autoevaluación y autoreforzo) de siete sesiones, para aumentar el cumplimiento de la restricción de líquido en pacientes en hemodiálisis. Los participantes fueron asignados a dos condiciones generales, la primera donde se realizó la intervención descrita, mientras la segunda no recibió ninguna intervención. Los grupos fueron

emparejados en características demográficas, el total de participantes por grupo fue de 20 personas. La adhesión al final del tratamiento, evaluada por el peso interdialítico, mostró cambios no significativos entre los dos grupos generales, sin embargo en la evaluación de seguimiento (8 semanas posteriores) los cambios fueron estadísticamente significativos, mostrando mejor adhesión por parte del grupo que recibió la intervención.

Sharp et al. (2005), refieren que los pacientes en hemodiálisis mantienen distorsiones cognitivas y creencias negativas hacia el tratamiento que evitan su adhesión a las restricciones dietéticas y de líquidos. A partir de ello, realizan un estudio sobre los efectos de una intervención cognitivo-conductual (Programa de ingesta de líquidos de la Universidad de Glasgow) con objetivo ayudar a los pacientes no adherentes en hemodiálisis (mínimo 3 meses) a mejorar su restricción de ingesta de líquidos.

La intervención se realizó en grupos de 3 a 8 participantes con un total de 60, asignados de forma aleatoria en dos grupos, un grupo de intervención inmediata y otro de tratamiento diferido con una duración de 4 sesiones. El protocolo incluía un componente educativo, uno de modificación de cogniciones y otro de relajación muscular, utilizando como medida de cambio el peso interdialítico entre sesión de hemodiálisis. Al finalizar la intervención los grupos mostraron mínimos cambios (no significativos) entre el inicio y el final del tratamiento, sin embargo en la evaluación de seguimiento (10 semanas) la disminución del peso interdialítico fue significativa, concluyendo que los resultados apoyan la evidencia que muestra la eficacia de los tratamientos psicológicos para mejorar la adhesión.

Considerando a la información sobre su enfermedad y los estados emocionales, como variables fundamentales para la adhesión a la dieta e ingesta de líquidos en pacientes en diálisis peritoneal. Santillán en el 2010 implementó y evaluó un programa de intervención educativa de 10 sesiones en 6 pacientes. Las tres primeras sesiones se realizaron en pre-diálisis y las siete restantes en diálisis. Los

resultados muestran un mayor conocimiento de la ERC con cambios significativos antes y después del tratamiento, aplicando un cuestionario de conocimientos. Existió una disminución no significativa en los niveles de ansiedad y depresión antes y posterior al tratamiento, evaluados con los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck, respectivamente. No existieron cambios significativos en los niveles de electrolitos séricos, lo que no muestra cambios en la adhesión de los pacientes a la dieta y líquidos.

La investigación anterior, muestra el aporte que brinda las estrategias educativas, sin embargo no suelen ser suficientes para generar modificaciones en el estilo de vida de las personas, optando por tratamientos compuestos por varias estrategias de intervención, que abarquen todos los niveles de respuesta (conductual, cognitivo, emocional y fisiológico).

Basado en la evidencia expuesta en este marco teórico y adicional bibliografía, se realizaron las intervenciones descritas en el siguiente apartado de resultados.

3.2. Características del servicio. Nefrología

La sede del Servicio de Nefrología está dividido en cuatro áreas de atención: hospitalización, hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y consulta externa.

El área de hospitalización se encuentra ubicada en el tercer piso, dos salas de seis camas, una para pacientes femeninos del lado sur y otra para pacientes masculinos del lado norte. El área de hemodiálisis se ubica en la planta baja lado sur, consta de seis riñones artificiales para los pacientes programados y dos para atender a pacientes hospitalizados o pacientes que ingresan a Urgencias y necesitan el servicio. DPCA se ubica en el tercer piso lado norte, sólo se brinda la capacitación de los pacientes que ingresan al programa de diálisis, el cual continúan en su hogar. La consulta externa médica se desarrolla en el cubículo 36 del segundo piso, se brinda atención a pacientes con ERC en estadios 1, 2 y 3, los

cuales no necesitan de algún tratamiento sustitutivo. El servicio se encuentra conformado por un jefe de servicio, cuatro médicos adscritos, residentes en nefrología de diferentes grados, dos residentes en medicina conductual, una estudiante de nutrición y una trabajadora social. La estructura del servicio se muestra en el organigrama de la Figura 5.

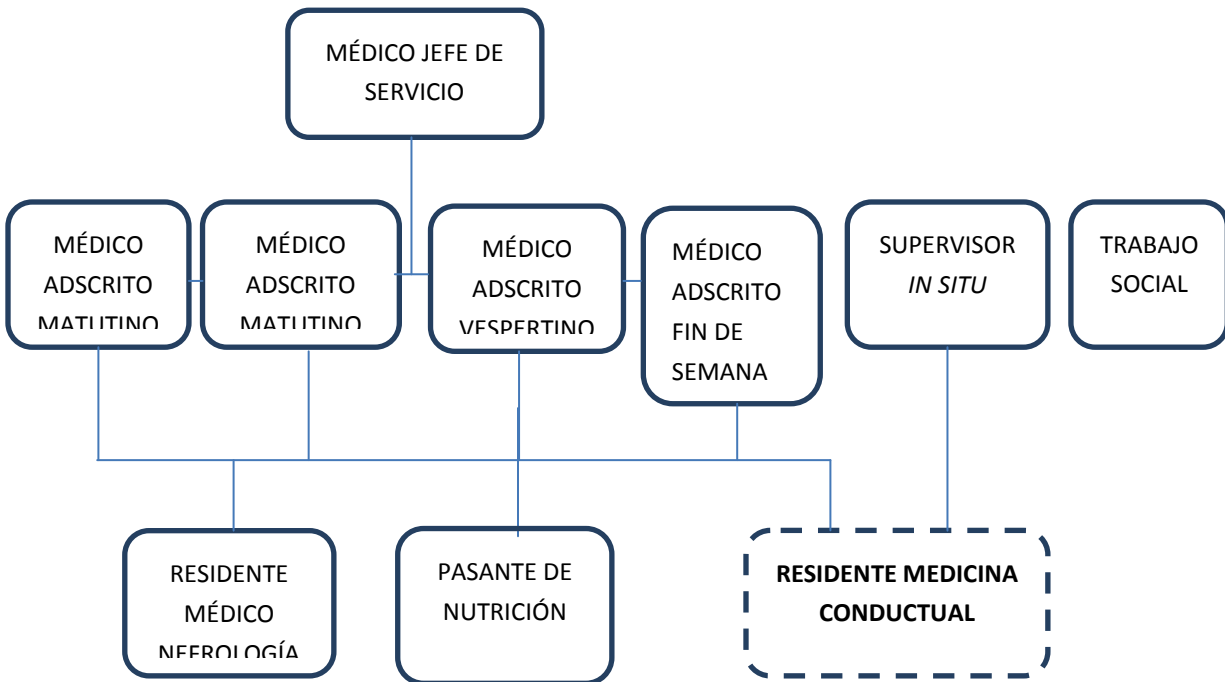


Figura 5. Organigrama del servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México.

Evaluación inicial del servicio

En el periodo de enero a octubre del 2012, el servicio contó con una residente de Medicina conductual, pero a partir de noviembre dos residentes de segundo grado fueron asignados, debido a ello existió la necesidad de reestructurar actividades dividiendo la atención en dos áreas por residente con rotación cada tres meses, la primera rotación correspondió a las áreas de hospitalización y DPCA. Posteriormente en el mes de enero se incorporó una residente de primer año, por lo cual en la segunda rotación realizada el mes de febrero, sólo se asignó el área de hemodiálisis hasta finalizar la residencia.

El servicio trabaja de forma multidisciplinaria entre jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes, residente de Medicina conductual y trabajadores sociales, existiendo comunicación constante de las diferentes problemáticas de los pacientes. Por ejemplo, para ingresar a los programas de tratamientos sustitutivos de DPCA o Hemodiálisis (con menor frecuencia), se realiza una valoración médica, social y psicológica, para determinar si el paciente es o no un candidato adecuado para dichos tratamientos, tomando en cuenta todas las áreas.

Las estancias hospitalarias en el servicio de Nefrología son breves, en promedio 4 días con un rango de 3 a 15 días, por ello durante la primera rotación dentro del servicio se identificaron dos necesidades inmediatas: materiales de psicoeducación y la aplicación de instrumentos psicométricos breves.

En el primer caso, la información que brinda el personal médico suele ser breve y focalizada a las necesidades inmediatas de atención médica (la necesidad de un tratamiento sustitutivo y cómo se realiza) y las recomendaciones en el cambio de estilo de vida. No cubriendo otras dudas respecto a la enfermedad que en ocasiones provoca malestares emocionales, conductas evitativas o falta de adhesión a la dieta y/o restricción de líquidos por parte del paciente.

La aplicación de instrumentos psicométricos breves, está estrechamente relacionada con el tiempo de hospitalización, pues se requiere realizar una evaluación psicológica para proporcionar atención en este aspecto a los pacientes y puedan afrontar de forma adecuadamente ante las demandas inmediatas del tratamiento médico y de la propia enfermedad. Adicional algunos pacientes son candidatos para ingresar a los programas de tratamiento sustitutivo brindados en el hospital, por ello también es necesario contar con datos psicométricos en tiempos breves y brindar la atención detectada.

Durante la segunda rotación, se identificó que los pacientes han trabajado como mínimo con tres residentes de Medicina conductual, debido a los años que han recibido el tratamiento sustitutivo (Hemodiálisis), por lo cual muchos se muestran

con apatía para establecer nuevos objetivos de tratamiento, también se detectó que no se ha realizado un trabajo estructurado con los familiares de los pacientes, los cuales han fungido como cuidadores primarios informales durante años. De ahí las necesidades de evaluación e intervención en este sector de la población.

En el siguiente apartado se describen las actividades del segundo año de residencia, dividido en los dos periodos de rotación.

3.3 Actividades.

Primera rotación (Área de hospitalización y DPCA).

- Actividades de práctica clínica.

- 1. Pase de visita:** Todo el equipo de salud (Jefe de servicio o médico adscrito, médicos y psicólogos residentes, y trabajador social) se dirigen a la cama de cada paciente hospitalizado y se brinda un resumen de su condición médica, por parte de los médicos residentes. Después de salir de una sala se brinda el informe a los familiares. Los residentes en Medicina conductual, toman nota de las necesidades encontradas en los pacientes y/o familiares en el área psicológica, en ocasiones (a solicitud del Jefe de servicio o médico adscrito) se brinda una descripción de las alteraciones psicológicas identificadas en el paciente así como un breve resumen de la intervención desarrollada y los resultados obtenidos.
- 2. Intervención cognitivo conductual:** Se realiza psicoterapia breve, evaluaciones iniciales, seguimientos y/o intervenciones en crisis con pacientes y/o familiares. También se elabora la nota clínica correspondiente en formato SOAP.
- 3. Taller psicoeducativo para pacientes renales.** Se elaboró y coordinó este taller con una duración de ocho pláticas, una por semana de 60 a 90 minutos, el cual era iniciado nuevamente al finalizar la octava plática.

Se invitó a participar a todo el equipo de salud, al personal de enfermería que colabora en el área de DPCA y hemodiálisis, así como al jefe de servicio de Trasplantes y a la residente de Medicina conductual en dicho servicio.

Cada una de los invitados presentaba una plática correspondiente a su especialidad y al finalizar se realizaba una dinámica de preguntas y respuestas entre los asistentes al taller y el expositor. Los temas abordados fueron: ERC, dieta alimentaria, diálisis peritoneal, presión arterial, trasplante de riñón, autorregulación emocional y adhesión a tratamiento, estos dos últimos temas fueron expuestos por los residentes en Medicina conductual. Los asistentes eran pacientes con ERC y sus familiares, invitados de forma personal, además de utilizar carteles y folletos en todas las áreas del servicio.

Segunda rotación (Área de Hemodiálisis).

- Actividades de práctica clínica.

- 1. Intervención cognitivo conductual:** Se realiza psicoterapia breve, evaluaciones psicológicas, seguimientos y/o intervenciones en crisis con pacientes y/o familiares, durante los primeros tres turnos de sesión (de cinco) del área. También se elabora la nota clínica correspondiente en formato SOAP.
- 2. Taller psicoeducativo para pacientes renales.** Con las mismas características descritas en el área de hospitalización y DPCA.

- Actividades académicas

Se describen las actividades académicas de las dos rotaciones, algunas fueron descritas en el capítulo 1, por lo cual sólo se describen las agregadas o modificadas.

1. Sesión general.

2. Presentación de caso clínico en Medicina conductual. Durante éste periodo se presentó un caso clínico, comentado y analizado durante la clase de los miércoles. (Anexo 4).

3. Revisión de artículo en Medicina conductual.

4. Supervisión académica, Durante este periodo existió un cambio de supervisor académico, en esta supervisión se realizó una asesoría para intervención de casos difíciles, el supervisor impartió clases de fisiología y anatomía de diferentes sistemas del cuerpo humano y su relación con la función renal, y se realizaron avances para la elaboración del reporte de experiencia profesional.

Las actividades de práctica clínica y académicas fueron distribuidas de la siguiente forma para el primer periodo de rotación:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 a 9:00	Pase de visita.	Pase de visita	Sesión General.	Pase de visita	Pase de visita
9:00 a 10:00			Pase de visita		
10:00 a 11:00			Casos clínicos en Medicina conductual.		
11:00 a 12:00	Atención de pacientes en DPCA			Atención de pacientes en DPCA	Revisión de artículos en Medicina conductual
12:00 a 13:00		Taller psicoeducativo para pacientes con ERC		Supervisión académica	
13:00 a 14:00					
14:00 a 15:00					

En los horarios restantes a las 15:00 horas (en ocasiones se extiende este horario por necesidades del servicio), se realizaban las intervenciones y/o evaluaciones en las áreas asignadas del servicio, además de realizar las notas clínicas correspondientes con formato SOAP.

En el caso de la segunda rotación, las únicas actividades que se realizaron en los horarios antes indicados fueron las académicas, las intervenciones psicológicas se realizaron en el área de hemodiálisis y esporádicamente en consulta externa, no se realizaban los pases de visita, debido a que se atendía a los pacientes del primer turno en Hemodiálisis que finaliza a las 9:00 am y se sobreponía con dicho pase. En la Figura 6 se muestra el número de ocasiones en que se realizaron las actividades durante el segundo periodo de residencia, excepto de las intervenciones cognitivo-conductuales las cuales se describen en el apartado de resultados.

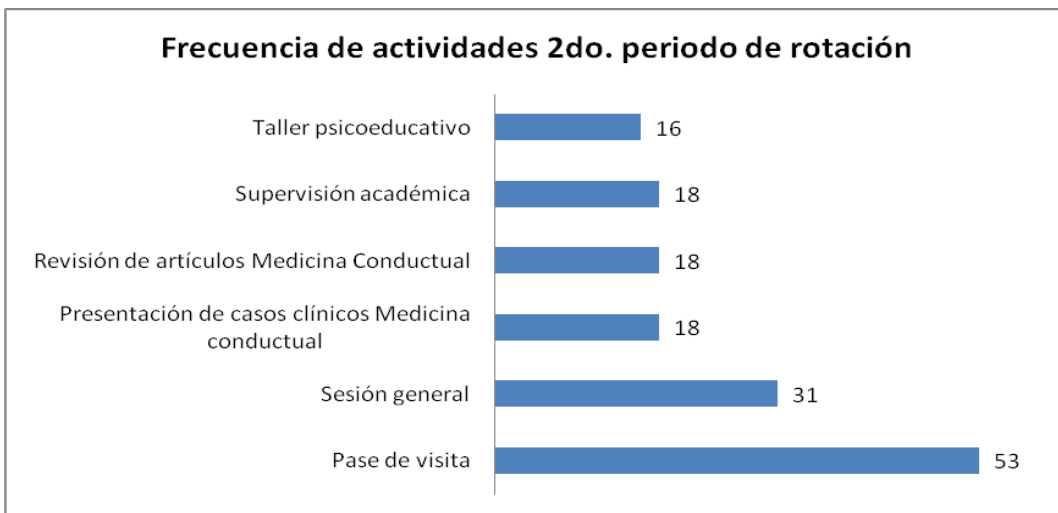


Figura 6. Frecuencia de actividades durante el segundo periodo de residencia.

Como actividad adicional, se colaboró en la organización de las actividades realizadas en el marco del “Día Mundial del Riñón” junto con otros participantes incluyendo, Jefe de Servicio, personal de enfermería y residentes de Medicina conductual. En específico se colaboró con planeación y coordinación logística del evento, se empaquetó y folió el material necesario, se revisaron y retroalimentaron

las ponencias presentadas en el evento, se realizó la difusión del evento y se brindó orientación psicológica al inicio del programa de actividades.

También se planeó y coordinó, junto con otros residentes de Medicina conductual una expo-venta de productos elaborados por los pacientes del Hospital Juárez de México, el cual se realizó como parte final de las actividades dentro del Día Mundial del Riñón.

Como parte final del evento, días posteriores a su realización, se organizó la entrega de resultados a los asistentes, citados de acuerdo al avance del daño renal detectado, se brindó una plática de orientación médica, psicológica y nutricional.

3.4 Resultados

En este apartado se describen y exponen los datos cuantitativos durante el segundo periodo de residencia en el servicio de Nefrología. El registro de datos comenzó el 5 de Noviembre del 2012 y finalizó el 28 de Junio del 2013, incluye el número de intervenciones realizadas, frecuencia de aplicación de las diferentes técnicas psicológicas, diagnósticos psicológicos y médicos, así como las características de pacientes atendidos.

Intervenciones cognitivo conductuales

Como se explica en el capítulo uno, se denominan intervenciones a cada sesión en que se atendió al paciente con la finalidad de cumplir un objetivo terapéutico, con duración de 15 a 60 minutos aproximados. Las intervenciones incluyen: evaluaciones psicológicas iniciales, psicoterapia breve (individual, familiar y de pareja), sesiones de seguimientos e intervenciones en crisis. La Tabla 7 muestra la distribución de las 644 intervenciones dentro de los formatos mencionados.

Tabla 7. Intervenciones psicológicas	
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA
Psicoterapia breve	485
Evaluación iniciales	85
Seguimientos	58
Intervención en crisis	16
Total	644

Semanalmente se intervino con el paciente y/o familiar durante un promedio de 2 sesiones. El mayor porcentaje de las intervenciones 75.3 % estuvieron en el formato de Psicoterapia breve.

De estas el 73 % se realizó de forma individual, 24 % familiar y 3 % en pareja, se representan en la Figura 7, el número de ocasiones en que se brinda cada formato de psicoterapia.

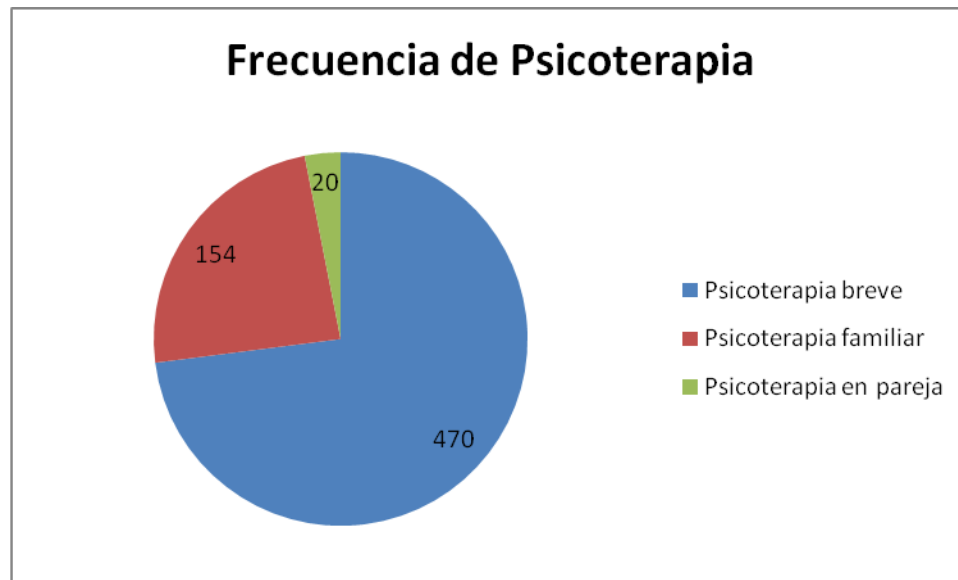


Figura 7. Frecuencia de intervenciones en el formato de psicoterapia.

Se realizó con mayor frecuencia Psicoterapia individual, debido a que los pacientes experimentan el proceso de adaptación a las demandas hospitalarias e indicaciones médicas de forma única, requiriendo una atención personalizada.

Uno de los objetivos de intervención está dirigido al cambio en el estilo de vida, por ello, la intervención con familiares es muy importante para fomentar la adaptación y adhesión del paciente a la nueva dieta, restricción de líquidos y para realizar otras conductas de autocuidado.

Evaluaciones iniciales.

Al ser un servicio con ingresos constantes de pacientes y por lo general estancias breves en el área de hospitalización, las evaluaciones iniciales aumentaron en frecuencia (13.2% de las intervenciones realizadas), no ocurrió lo mismo en segunda rotación, ya que en el área de hemodiálisis donde los ingresos son pocos.

El primer contacto con el paciente incluía, en la mayoría de los casos, una entrevista clínica y la aplicación de una escala psicométrica breve, finalizando con la entrega de un folleto de psicoeducación y de ser necesario un autorregistro.

Seguimiento.

De las intervenciones totales 9 %, consistieron en seguimiento. Sesiones que se brindaban al finalizar un entrenamiento o la solución de una problemática, cuando el paciente se mostraba sin alteraciones psicológicas y se reforzaban las habilidades aprendidas, con el objetivo de que el paciente las incorporara a su repertorio conductual.

Intervención en crisis.

De las intervenciones totales, 2.5 % se debieron a la atención de crisis relacionadas con la notificación de malas noticias (confirmación de un diagnóstico, tratamientos médicos sin resultados favorables o fallecimiento de un familiar).

Técnicas psicológicas.

En la tabla 8 se muestra las principales técnicas psicológicas utilizadas durante las intervenciones del segundo periodo de residencia, no se incluyen las entrevistas realizadas durante las evaluaciones iniciales. En ocasiones se utilizaron 2 técnicas durante una sesión, sin embargo sólo se reporta la de mayor duración. Como se propone en el marco teórico sobre ERC, las técnicas realizadas tenían el objetivo de brindar al paciente habilidades que le permitieran adaptarse de forma adecuada a las demandas médicas inmediatas, a su enfermedad y tratamiento, incluyendo su modificación en el estilo de vida.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS.	FRECUENCIA
Psicoeducación	123
Solución de problemas	103
Control de estímulos	85
Relajación	76
Reestructuración cognitiva	67
Manejo de contingencias	62
Activación conductual	49
Comunicación asertividad	35
Distracción instrumental	18
Orientar-informar	10
Ensayo conductual	8
Autoinstrucciones	8
Total	644

Características de pacientes.

Las características de los pacientes incluyen sexo, diagnóstico médico, diagnóstico psicológico.

Diagnóstico médico y sexo.

Se atendieron un total de 87 pacientes con ERC y diferentes comorbilidades, de ellos 48 % pertenecen al sexo femenino (42 pacientes) y 52 % pertenece al sexo masculino (45 personas). Las principales comorbilidades se presentan en la Figura 8, siendo la principal de ellas la Hipertensión arterial estuvo presente en el 93 % de los pacientes. En tanto la Diabetes Mellitus 2, también fue una comorbilidad importante 80 % de los casos.

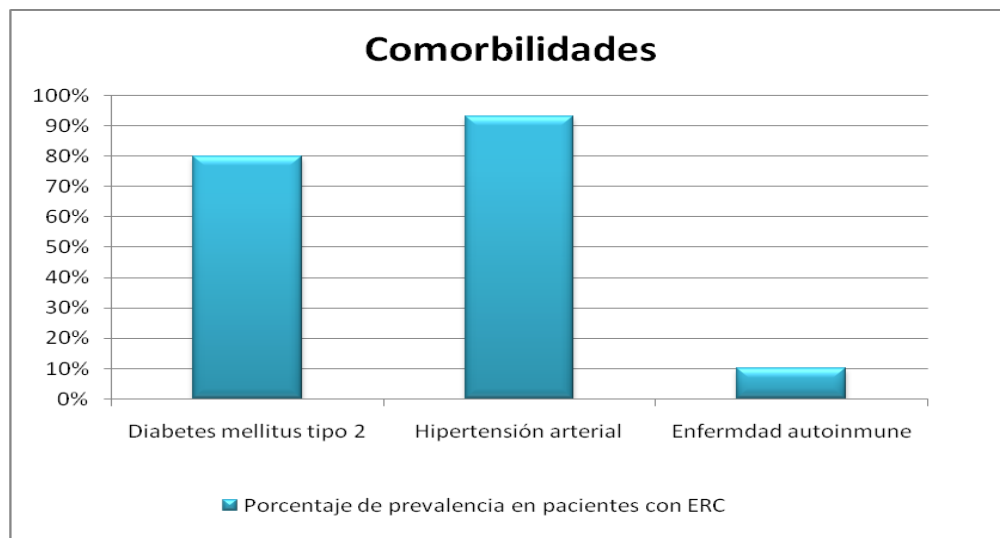


Figura 8. Principales comorbilidades de los pacientes con ERC en Hospitalización, DPCA y Hemodiálisis.

Diagnóstico Psicológico.

Los diagnósticos se dividieron utilizando dos criterios: 1) basados en el Manual de Diagnóstico y Estadística IV Texto Revisado (DSM-IV TR) y 2) los que no cumplieron los criterios. No se logró establecer un diagnóstico con el 100 % de los pacientes debido a la brevedad de la hospitalización.

En la Tabla 9, se muestran los diagnósticos psicológicos identificados en los pacientes atendidos de la primera categoría. Se presentan más diagnósticos que número de pacientes, debido a que en ocasiones los pacientes presentaban dos trastornos que ameritaban atención, por ejemplo el incumplimiento terapéutico se relaciona con otros trastornos psicológicos como los del estado de ánimo y/o de ansiedad.

Tabla 9. Diagnósticos psicológicos en pacientes con ERC basados en DSM-IV TR.	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
Incumplimiento terapéutico	37
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica	21
Trastornos del estado de ánimo	18
Trastornos adaptativos	16
Trastornos de ansiedad	13
Sin alteraciones psicológicas	7
Problemas de relación	5
Total	113

En ocasiones los síntomas que presentaban los pacientes no cumplían con los criterios para ser diagnosticados basados en DSM-IV TR, sin embargo representaban una molestia significativa en los pacientes, estos se reportan en la Tabla 10.

Tabla 10. Diagnósticos psicológicos en pacientes con ERC que no cumplieron criterios DSM-IV TR.	
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
Sintomatología ansiosa	6
Respuesta de estrés	4

Tabla 10. Diagnósticos psicológicos en pacientes con ERC que no cumplieron criterios DSM-IV TR.	
Sintomatología depresiva	3
Total	13

3.5 Conclusiones.

Del servicio: los médicos trabajan de forma multidisciplinaria, dando importancia a la participación de los residentes en Medicina conductual, por ejemplo: preguntando por los casos, escuchando la retroalimentación brindada acerca del paciente o del comportamiento del personal, respetando el espacio y tiempo brindado a los pacientes y solicitando el apoyo para la evaluación y/o atención de un paciente. En el caso particular del servicio de Nefrología, se tiene que realizar una evaluación inicial breve necesaria para ingresar al paciente al programa de DPCA, hecho que resalta la importancia de la participación del área de Psicología.

De las actividades de práctica clínica: permiten la realización de las estrategias estudiadas teóricamente, además de la constante renovación de conocimiento y adaptación a las características del paciente y del contexto hospitalario, así como la elaboración continua de material de apoyo.

De las actividades académicas: La organización, planeación y ejecución de dichas actividades ha mejorado, las clases no se han perdido, se ha contado con la asistencia del supervisor académico y/o supervisor *in situ*. Permitiendo una mejor retroalimentación de los casos clínicos expuestos y por ende una mejor evaluación y ajuste de las estrategias de evaluación e intervención.

De la supervisión *in situ*: Ha permitido identificar áreas de oportunidad y crecimiento profesional, sin embargo no ha existido un seguimiento. Esta supervisión ha tenido mucha dificultad en su organización y continuidad, teniendo cambios frecuentes de supervisor en la sede.

De la supervisión académica: Es la supervisión que más ha apoyado en el crecimiento profesional, con una planeación de sesiones y objetivos de intervenciones, así como una retroalimentación constructiva y orientación académica adecuada.

Con lo expuesto en este capítulo, se concluye que las intervenciones en el servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México deben ser breves, atendiendo a las necesidades inmediatas del paciente y del tratamiento médico, así como mejorar adaptación del paciente y la familia.

Los pacientes requieren una intervención multidisciplinaria y no sólo médica, cuestión que el mismo personal de salud ha incluido durante la Residencia, sin embargo a nivel institución y políticas nacionales de salud no se brinda dicha apertura.

Una de las mayores dificultades encontradas en el servicio fueron: la corta estancia hospitalaria y su relación con el tiempo limitado para poder realizar evaluaciones o intervenciones en el área de hospitalización, y por otro lado, atención brindada por numerosos terapeutas con los pacientes en hemodiálisis, generando en estos un agotamiento y desinterés por el servicio. Sin embargo, esto presentó una oportunidad para ajustar dichas intervenciones a las necesidades, características y motivación del paciente, del contexto hospitalario y de las demandas médicas.

Se sugiere mayor organización y seguimiento de las actividades académicas, y la participación de los supervisores académicos e *in situ* como coterapeutas en los momentos de intervención del residente, ya que sólo al exponer el caso no se puede evaluar ampliamente el desarrollo de una competencia clínica lograda.

3.6 Investigación: Perfil sociodemográfico y de estrés en cuidadores primarios informales de pacientes en Hemodiálisis.

3.6.1 Introducción.

Cuidar es una conducta frecuente y necesaria, todos en algún momento de nuestra vida necesitamos del cuidado de otros y los otros también necesitan de nuestro cuidado. Con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en la población, el número de personas dedicadas al cuidado de un familiar enfermo ha ido en aumento (CONAPO, 2006). El cuidar y en específico la figura del cuidador ha tomado importancia en las últimas dos décadas, en el área de salud.

En la literatura se mencionan dos tipos de cuidadores:

- A. Cuidador Primario Formal (CPF): Es el integrante del equipo de salud perteneciente a una institución establecida y está capacitado para brindar un servicio profesional, recibe una remuneración y sólo atiende al paciente por tiempo limitado.
- B. Cuidador Primario Informal (CPI), es aquella persona perteneciente a la red familiar o cercana al paciente, que se encarga de asistir y brindar cuidados de manera voluntaria sin previa capacitación a aquella persona que por alguna discapacidad o pérdida de su autonomía necesita de cuidados, en donde su vida se ve afectada por la actividad que realiza, sin remuneración económica y sin horario establecido (Rojas, 2011).

La importancia del CPI aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención en salud (Islas, Ramos, Aguilar & García, 2006).

De acuerdo con Alpuche, Ramos, Rojas & Figueroa (2008), en población mexicana las características demográficas del cuidador primario informal de

pacientes con enfermedades crónicas es el siguiente: más del 80% son mujeres, siendo la mayoría cónyuge o hija, con educación primaria (29.8 %), casadas (73%) y 50% se dedica al hogar, 78 % de los cuidadores vivían en el mismo hogar con el paciente y el 93.6 % realizaba los cuidados sin recibir remuneración económica.

Medina & Pineda (2012) reportan las siguientes características identificadas en CPI de pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal: 85 % mujeres, 70 % casadas, 37 % eran esposas del RC, 28 % con estudios de primaria y el mismo porcentaje contaba con estudios de bachillerato, y la mayoría no realizaba una actividad remunerada económicamente (65 %).

Otras investigaciones reportan características similares en diferentes poblaciones, algunas se agregan por año de aparición en la Tabla 11.

Tabla 11. Resumen de las características demográficas de CPI.						
Característica	Sexo	Edad promedio	Nivel educativo	Ocupación	¿Vive con RC?	Relación con el RC
Investigación						
Islas, Ramos, Aguilar & García (2006).	Femenino 76.1% Masculino 23.9%	No informa	Primaria 54.3% Secundaria 15%	Hogar 52.2% Comerciante 13%	Si 84.8% No 15.2%	Esposa 32.6% Hija 32.6%
Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos & Guevara (2007).	Femenino 67% Masculino 33%	47.5 años	10.7 años de estudios en promedio	No informa	No informa	No informa
Rojas (2011)	Femenino 100%	44.1 años	Primaria 52.4% Sin estudios 19%	Hogar 66.7% Empleadas 23.8%	No informa	Directo 87.5%
Martínez, Ramos, Robles, Martínez & Figueroa (2012)	Femenino 94.3%	33.4 años	Secundaria 33% Preparatoria 15.9%	Hogar 77.3%	Si 97.7%	Madres 100%
Morales, Jiménez & Serrano (2012).	Mayoría femenino	49 años	No informa	Mayoría trabaja fuera del hogar	No informa	Hijas 58% Hijos 17%

Los cuidados o ayuda que brinda los CPI son variadas, Ramos (2008) realiza una clasificación de ellas como se describe a continuación:

- A. Cuidados sanitarios. Supone una relación y contacto directo en la atención física del Receptor del Cuidado (RC), por ejemplo: ayudarle a vestir, comer, asearse, control de esfínteres.
- B. Cuidados instrumentales. Son ayudas que proporciona el cuidador facilitando la relación de la persona dependiente con el entorno y que ésta no puede realizar por sí sólo, por ejemplo: limpiar, uso de electrodomésticos, reparaciones pequeñas, tomar medicamentos, manipular objetos, manejar dinero y los bienes.
- C. Acompañamiento y vigilancia. Son ayudas que se brindan al acompañar al RC para salir del hogar, realizar visitas, acudir a reuniones, llevarlos a citas médicas y estudios de laboratorio.
- D. Apoyo emocional y social. Apoyos en el cual el RC recibe del cuidador comprensión, escucha, afecto, tolerancia, además de fungir como enlace en la relación interpersonal del paciente con las personas que lo rodean.

En este sentido Medina & Pineda (2012), informan que de 40 CPI de enfermos renales 43 % de ellos brindan apoyo afectivo y social, 41 % económico, donde el 53 % destinaba de 17 a 24 horas al cuidado del paciente y 77 % mencionó haber recibido la información suficiente para el cuidado.

En la Tabla 12, se enumeran diferentes investigaciones que permiten conocer los tipos de cuidado que brindan los CPI en diferentes poblaciones.

Tabla 12. Resumen de los cuidado brindados en diferentes poblaciones dependientes.					
Cuidados	Años de cuidado	Horas de cuidado	Información suficiente	Recibe apoyo económico	Tipo de cuidado
Investigación					
Islas, Ramos, Aguilar & Gracia (2006).	1-3 años: 28.3% 6-12 meses: 26.1%	12-24: 34.8% 1-6: 34.8%	No: 82.6% Si: 17.4%	No: 97.8% Si: 2.17%	Compañía: 15.2% Llevarlo al médico: 13%

Tabla 12. Resumen de los cuidado brindados en diferentes poblaciones dependientes.					
Cuidados	Años de cuidado	Horas de cuidado	Información suficiente	Recibe apoyo económico	Tipo de cuidado
Investigación					
Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos & Guevara (2007).	6-12 meses: 37% 11 o más: 22%	12-24: 67% 1-5: 22%	No informa	No informa	No informa
Rojas (2011).	2.4 años promedio	No informa	No informa	No informa	No informa
Martínez, Ramos, Robles, Martínez & Figueroa (2012)	No informa	12-24: 78.4%	Información sobre ser CPI: 60.2%	No informa	Autocuidados diarios: 96.3%
Morales, Jiménez & Serrano (2012).	37 meses: 26.7% 6 meses: 18.7%	1-8: 80% 9-16: 14.7%	No informa	No informa	No informa

Con todo lo anterior se puede determinar que la dinámica de la familia se ve alterada debido al cambio de las rutinas y responsabilidades habituales que realizaba como integrante de una familia, en especial quien se desempeñará como CPI, el cual verá afectadas diversas esferas de su vida incluyendo su salud: reducción de sus actividades productivas, sociales, de descanso, recreativas, generando sentimientos de frustración, enojo, tristeza y desesperación. Lo anterior sumado al cumplimiento adecuado de la atención, convierte la conducta de cuidar en una situación estresante.

Otras consecuencias adversas en los CPI, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, se han reportado dolores músculo-esqueléticos, fatiga crónica, deterioro del sistema inmune, susceptibilidad para problemas cardiacos y digestivos, abuso de sustancias, sobrecarga física, emocional, estrés, depresión, ansiedad, insomnio, aislamiento social, además de conflictos familiares y de pareja (Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos & Guevara, 2007; Austrich, 2006; Martínez, Ramos, Robles, Martínez & Figueroa, 2012).

En el caso específico de los cuidadores de enfermos renales, reportan menor calidad de vida y mayores probabilidades de depresión, comparado con la población general (Tsai, Liu, Tsai & Chou, 2006). Shimoyama, Hirakawa, Yahiro, Mizumachi, Schreiner, & Kakuma (2003) informan que los cuidadores de pacientes en DPCA refieren menores puntajes en salud mental y calidad de vida, al compararlos con la población general.

Como se describió anteriormente, los cuidadores primarios ocupan un lugar importante en la atención los enfermos crónicos, absorbiendo la carga principal de los cuidados, estableciendo el cuidador como una figura importante en el proceso de salud enfermedad.

A pesar de las repercusiones negativas que se han identificado las investigaciones centradas en esta figura son pocas, por lo general el objetivo se centran las repercusiones que se generan en los pacientes, en el área de psicología esta tendencia también es notoria. Prestando poca atención al entorno social, el cual también se ve afectado y en especial la persona que toma el papel de cuidador primario.

Una de las enfermedades que demanda apoyo constante es la ERC. En ellos los cuidados se proporcionan dependiendo de la evolución de la enfermedad o agudeza de los síntomas, así RC que mantienen su independencia por meses, debido a hospitalizaciones o complicaciones surgidas durante el tratamiento, necesitan cuidados agudos los cuales desaparecen al momento de finalizar la situación demandante.

Existe la necesidad de atender a este sector de la población, debido al alto costo que el cuidar y en específico en la figura del cuidador, implica la atención diaria y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario.

Por ello, el presente estudio consiste en identificar las características psicosociales y uno de los malestares psicológicos identificados en la literatura el estrés, desde una perspectiva de factores de riesgo y factores de protección en CPI de ERC.

Objetivo General.

Identificar las características psicosociales y el perfil de estrés en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal que reciben tratamiento en hemodiálisis.

Objetivos Particulares.

1. Identificar el perfil de estrés psicológico de los cuidadores de pacientes con enfermedad renal que reciben hemodiálisis a través del Perfil de estrés de Nowack.
2. Identificar las características psicosociales de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad renal que reciben hemodiálisis por medio de una entrevista para cuidador primario informal.

3.6.2 Método.

Participantes. Obtenidos mediante un muestreo intencional.

1. Criterios de Inclusión: Tener más de 18 años, familiar que acompañar al paciente por lo menos 80% de sus citas a hemodiálisis en una semana y que se identifique como principal cuidador del paciente, que acepte participar en el protocolo y firme el consentimiento informado.
2. Criterios de Exclusión: Cuidadores con trastornos psiquiátricos clínicamente observables.
3. Criterios de eliminación: Cuidador que voluntariamente decida abandonar el protocolo, que no concluya de la entrevista para cuidador primario informal y/o el Perfil de estrés de Nowack.

Diseño. No experimental, transversal y exploratorio.

Escenario. La entrevista y la aplicación del Perfil de estrés de Nowack se realizaron en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Juárez de México.

Instrumentos.

- *Entrevista a cuidador primario.* Diseño propio, dividido tres secciones. La primera permite obtener las características sociodemográficas de los CPI, los datos de identificación del RC, la segunda los tipos de cuidados realizados y la tercera las características en que se brinda el cuidado (Ver anexo 4).
- *Perfil de estrés de Nowack (2002).* Consta de siete dimensiones: situaciones estresantes (salud, trabajo, finanzas, familia, entorno social o del ambiente), hábitos de salud (ejercicio, descanso-sueño, alimentación-nutrición y prevención al riesgo), red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento (valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y bienestar psicológico. Las propiedades psicométricas del instrumento reportan confiabilidad por mitades de 0,89 y 0,91 en poblaciones de diferentes razas y nivel educativo. La homogeneidad de las escalas con confiabilidad test-retest muestran un rango de 0,51 a 0,92 alpha de Cronbach, lo que confirma que los constructos representados por estas dimensiones son lo suficientemente independientes para justificar su interpretación por separado. En conjunto, las dimensiones explican el 57% de la varianza. El cuestionario se presenta con 118 ítems. Cada cuestión ofrece 5 opciones de respuesta y su calificación se explicita en el manual.

Definición de variables.

Perfil de estrés.

- Definición conceptual: identificación de aquellas áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hacen que alguien sea vulnerable a las enfermedades relacionadas con el mismo (Nowack, 2002).
- Definición operacional: Gráfica e interpretación del Perfil de estrés de Nowack.

Características demográficas.

- Definición conceptual: características que determinan el perfil del cuidador: sexo, estado civil, edad, nivel educativo, situación laboral y relación familiar entre RC y CPI (Carretero, Garcés & Rodenas, 2006).
- Definición operacional: Respuestas obtenidas a través de la Entrevista a cuidador primario.

Procedimiento.

Se realizó una breve entrevista a los acompañantes de pacientes que asisten a tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis, con el objetivo de identificar a CPI que cumplieran con los criterios de inclusión. A los CPI que cumplían con dichos criterios se les invitaba a participar en la investigación explicando el objetivo de ésta y las actividades que tendrían que realizar, los participantes que aceptaron firmaron un consentimiento informado. Se concertó una cita para aplicar la Entrevista y el Perfil de Estrés de Nowack.

3.6.3 Resultados.

Se identificaron a 13 CPI que cumplían con los criterios de inclusión de los cuales 11 decidieron participar de manera voluntaria en la investigación. Las características sociodemográficas se exponen en la Tabla 13. La mayor parte de los CPI son mujeres (73 %), con una edad promedio de 44 años, estudios de

primaria (46 %), dedicadas al hogar (46 %), casadas (64 %) y madres de los RC (64 %).

Tabla 13. Características sociodemográficas de los CPI					
Sexo	Femenino	73%	Estado civil	Casada(o)	64%
	Masculino	27%		Soltera(o)	18%
Edad	Media= 44 años	Rango 18-62	Relación con RC	Divorciada(o)	18%
Escolaridad	Sin estudios	9%		Madre/Padre	64%
	Primaria	46%	Hija(o)	18%	
	Secundaria	36%	Esposa(o)	9%	
	Licenciatura	9%	Hermano(a)	9%	
Ocupación	Hogar	46%			
	Empleada	36%			
	Comerciante	18%			

Existen circunstancias que no son actividades de cuidado, pero permiten conocer cómo se brinda dicha actividad, las cuales se describen en la Tabla 14. En general, los porcentajes de tiempo en que se ha proporcionado el cuidado son de 6 a 12 meses (36 %) y de 3 a 4 años (36 %), el cual se ha brindado por decisión propia (73 %), el principal motivo en la mayoría de los CPI es el cariño que siente por el paciente (64 %), el apoyo que más han recibido para continuar con los cuidados es el económico (64 %), en cuanto a la dependencia del RC (en una escala de 0 a 10) la mayoría de los CPI perciben como muy dependientes al paciente (72 %), por último la principal preocupación en relación al RC se divide en aspectos: la poca adhesión a la dieta indicada (36 %) y la atención de los malestares físicos que la enfermedad provoca (36 %).

Tiempo de cuidado	6 a 12 meses	36 %
	1 a 2 años	28 %
	3 a 4 años	36 %
Decisión para brindar cuidados	Propia	73 %
	Decisión familiar	27 %
Motivo de cuidado	Cariño	64 %
	Disponibilidad de tiempo	18 %
	Por ser familiar	18 %

Apoyo de otros para el cuidado	Económico	64 %
	Acompañamiento y vigilancia del RC	55 %
	Emocional y social	18 %
	Ninguno	18 %
Percepción de dependencia del RC	Grado	
	10	36 %
	8	36 %
	5	18 %
	2	10 %
Principales preocupaciones en relación al RC	Poca adhesión a dieta	36 %
	Atender malestares físicos	36 %
	Avance de la enfermedad	27 %
	Alteración de su estado de ánimo	18 %
	Pagos	18 %
	Abandono de tratamiento	9 %

Los cuidados proporcionados a los pacientes renales son descritos en horas dentro de la Tabla 15. Todos los CPI dedican más de 12 horas a brindar cuidados, el brindar compañía y/o vigilancia, así como acompañar a las citas médicas o estudios de laboratorio son las actividades a la que se dedica el mayor número de horas al día. En contraste la actividad donde el RC requiere menor ayuda es la alimentación.

Tabla 15. Número de horas dedicadas al cuidado.

CPI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total de horas por actividad
Apoyarlo en su higiene	0	0	0	0	0	0.75	0	1	0	0.75	0	0.23
Preparar alimentos	2	3	1	1	0	1	1	1	3	0	3	1.5
Alimentarlo	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0.04
Lavar ropa, utensilios o espacio del paciente	0.3	0	0	1	0	1	1	2	3	0.5	0	0.8

Tabla 15. Número de horas dedicadas al cuidado.

Dar medicamentos	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0.25	0.07
Atender malestares	0.5	0	0.5	0.5	0	2	1	0.25	2	0	0.5	0.66
Realizar curaciones u otras indicaciones médicas	0	2	0.25	0	0	0.5	0	0.5	0.25	0.5	1	0.45
Acompañar a citas médicas o estudios de laboratorio	4	5	4	3	5	4	4	4	3	4	4	4
Brindar compañía o vigilancia	4	5	4	5	3	3	4	4	3	5	3	3.9
Trasportarlo	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0.5	2	0.5
Realizar pagos y trámites	0.5	2	0.5	0.5	2	0.5	1	0.5	1	0	0.5	0.81
Escuchar y atender preocupaciones y/o sentimientos	1	2	2	1	3	2	1	2	2	1	1	1.64
Total de horas por CPI	12.3	19	12.2	12	13	16.7	14	16.2	17.2	12.2	15.2	

El promedio de los puntajes T del Perfil de estrés muestra que los CPI de enfermos renales en tratamiento de Hemodiálisis respondieron dentro del rango de normalidad (Puntaje T 40 a 59), por ello no presentan mayores factores de riesgo para la salud que la población general. La variable de bienestar psicológico se encuentra por encima de este rango considerándose un recurso protector para la salud (Figura 9).

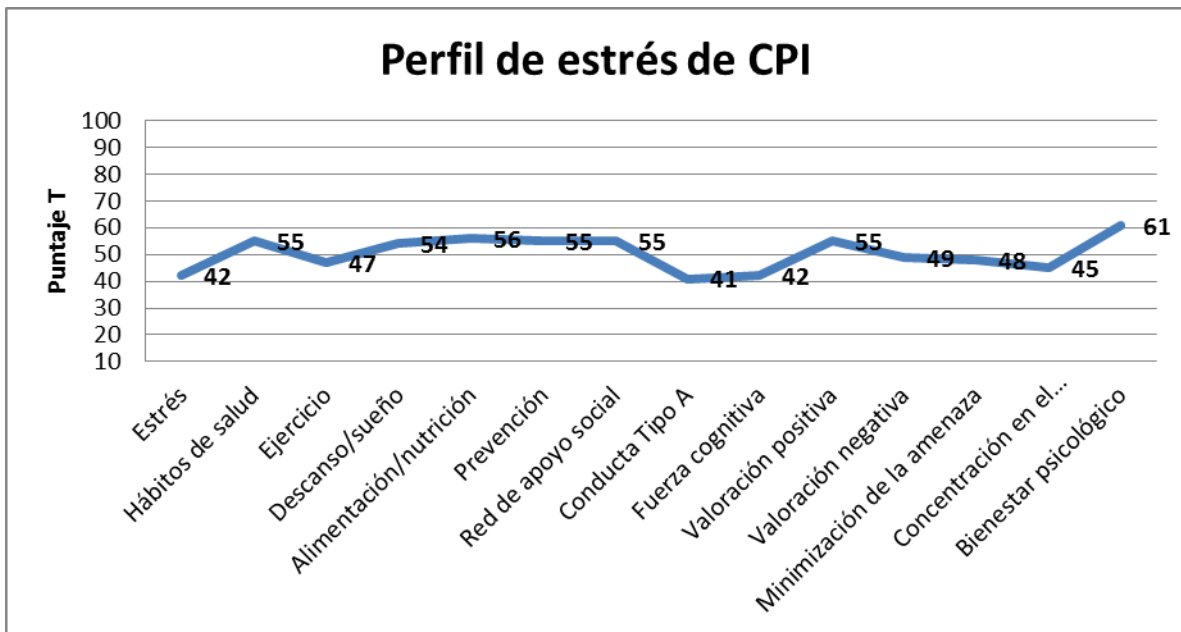


Figura 9. Perfil general de estrés de CPI.

En el análisis descriptivo por variable del Perfil de estrés (Figura 10) muestra los siguientes recursos protectores para la salud: 36 % de los CPI reportan niveles de estrés percibido menores que la población general, 36 % indican hábitos de salud orientados al mantenimiento de ésta, 28 % indica realizar ejercicio con la frecuencia recomendada (2 a 3 veces por semana durante 20 a 30 minutos), 36 % reportan un descanso adecuado y una dieta en general balanceada y nutritiva, 46 % de los participantes informan de la práctica de estrategias preventivas de salud y en el mismo porcentaje se muestran satisfechos con la cantidad y calidad de su red de apoyo social, 36 % expresan menor frecuencia e intensidad de conductas tipo A al enfrentar el estrés de la vida cotidiana, 46 % utiliza la valoración positiva para reducir el impacto de las situaciones problemáticas, así mismo 36 % tiende a emplear con menor frecuencia la concentración en los aspectos negativos (valoración negativa), la concentración en el problema para afrontar los problemas es utilizada por el 27 % de los CPI y finalmente 82% indican estar satisfechos consigo mismo, finalmente se perciben capaces de disfrutar la vida (bienestar psicológico).

En lo que corresponde a los factores de riesgo para la salud: 36 % realizan ejercicio con menor frecuencia de la recomendada, 9 % menciona un descanso y sueño inadecuado, el 18 % de los participantes tienden a mantener hábitos de salud preventiva y conservación de la salud con poca frecuencia, 9 % realizan conductas tipo A en situaciones de estrés y de cotidianidad, 36 % son propensos a sentirse alienados percibiendo poco control sobre los acontecimientos más relevantes en su vida, 36 % utilizan la valoración negativa centrándose en los peores aspectos o consecuencias para afrontar las situaciones problemáticas, para el 18 % minimizar la amenaza (evitación) es la forma de afrontar los estresores, también el 18 % reporta experimentar una falta generalizada de bienestar en su vida.

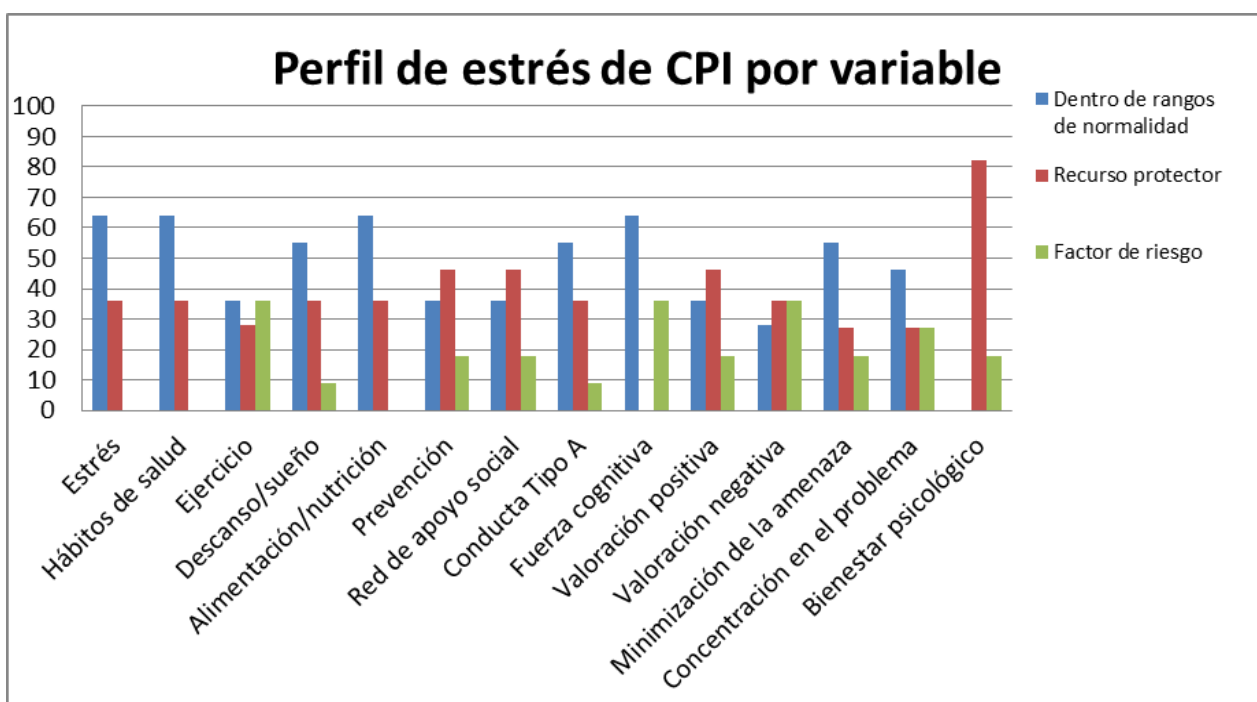


Figura 10. Perfil de estrés por variable.

3.6.4 Conclusiones.

El objetivo general de la presente investigación consistía en identificar las características psicosociales de los cuidadores primarios informales de pacientes

con enfermedad renal que reciben tratamiento en hemodiálisis, así, las principales características fueron las siguientes: la mayor parte son mujeres, con una edad promedio de 44 años, estudios de primaria, dedicadas al hogar, estado civil casadas y madres de los Receptores del cuidado, estos datos concuerdan con los reportados en la literatura sobre CPI.

A diferencia de lo reportado en dos investigaciones realizadas por Alpuche, Ramos, Rojas & Figueroa (2008) y Medina & Pineda (2012), el mayor porcentaje de los CPI eran la madre del paciente, esto puede estar relacionado con la edad de los RC que incluye un rango de 18 a 60 años, teniendo la mayoría entre 18 a 21 años.

Respecto al cuidado, estos se han brindado principalmente entre 6 a 12 meses o 3 a 4 años y al día se atiende al RC más de 12 horas, datos que resultan muy similares a los reportados en la literatura, por ejemplo: Islas et al. (2006), Alfaro et al. (2007), Rojas (2011) y Martínez et al (2012).

La decisión de brindar cuidado ha sido mayoritariamente por voluntad propia, motivado por el cariño que se tiene al RC, recibiendo como apoyo principal el económico pero sin recibir pago por realizar dichos cuidados, situación que confirma lo expuesto en el marco teórico.

Otros factores que se adicionan en esta investigación son la percepción de dependencia del RC y las principales preocupaciones que expresa el CPI con respecto al cuidado del paciente, así se observa que la mayoría de los cuidadores perciben como muy dependientes a los RC y las principales preocupaciones se refieren a la dieta y la atención de las molestias físicas del RC.

Se detectó que las principales actividades de apoyo son el brindar compañía y/o vigilancia, así como acompañar a las citas médicas o estudios de laboratorio, actividades que también fueron identificadas como principales en el estudio de Islas et al (2006).

De acuerdo al perfil de estrés obtenido, se identificó que los CPI presentan niveles de riesgo para la salud dentro de los rangos de normalidad. Es decir, ser un CPI no representa un riesgo adicional para la salud en la población evaluada.

Realizando el análisis por cada variable que compone el perfil de estrés de Nowack, se encontró que los principales factores protectores para la salud son: el bienestar psicológico, practicar estrategias preventivas de salud, una adecuada red de apoyo social, percepción de menores situaciones de estrés y mantenimiento de adecuados hábitos de salud, descanso y alimentación.

Los principales factores de riesgo para la salud identificados en esta población son: la práctica de ejercicio o actividad física con menor frecuencia de la recomendada, una percepción de poco control sobre los acontecimientos en su vida, y por último la utilización la valoración negativa para afrontar las situaciones estresantes.

De forma más ambiciosa, se sugiere una intervención grupal enfocada en la capacitación de los CPI en la atención de los malestares físicos provocados por la evolución de la enfermedad y el manejo adecuado de las situaciones que interfieren con el seguimiento de la dieta por parte del RC, por ejemplo, un entrenamiento enfocado para el manejo de las conductas de enojo del paciente ante la dieta, principales preocupaciones reportadas por los cuidadores, así como la disminución de los factores de riesgo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.

Recordando que el principal objetivo de la Residencia en Medicina Conductual, es desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, a partir de su inclusión en el ámbito hospitalario y una participación multidisciplinaria, se realiza la siguiente tabla mencionando las competencias profesionales propuestas como perfil del egresado

que se desarrollaron durante los dos periodos de residencia e identificándolas con las actividades académicas y de práctica clínica que permitieron dicho logro.

En general las principales habilidades y destrezas alcanzadas están relacionadas con las actividades de práctica clínica (actividad a la que se dedicó la mayor cantidad de horas) incluyendo: evaluación inicial, elaboración de diagnóstico clínico e intervención cognitivo conductual atendiendo las características, necesidades y recursos detectados en cada paciente, dentro el contexto hospitalario. Además de realizar una evaluación del tratamiento utilizando la metodología correcta.

El trabajo ético y la manifestación de empatía de acuerdo a las circunstancias del paciente, son habilidades que también se desarrollaron durante los dos periodos de residencia.

Otras actividades que no son mencionadas en la tabla y que formaron parte importante del trabajo diario fueron la realización de notas clínicas en formato SOAP dentro del expediente y la canalización de los casos que no eran de la competencia del residente o pertenecientes al campo de la Medicina conductual (trastorno psiquiátricos o neurológicos), favoreciendo un trabajo multidisciplinario, necesario en la atención de pacientes con enfermedad crónica.

ACTIVIDADES	Pase de visita	Intervención psicológica.	Sesión general	Supervisión académica	Supervisión <i>in situ</i>	Talleres psicoeducativos	Presentación de Caso clínico	Clase médica	Clase invitados hematología	Clase Medicina conductual	Revisión de artículo médico	Revisión artículo Medicina Conductual
COMPETENCIAS												
Reconocer limitaciones profesionales y pedir asesoría	X	X		X	X		X	X	X	X		X
Seleccionar, planear y modificar una intervención, atendiendo necesidades del paciente y entorno hospitalario.	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X
Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud		X		X	X			X		X		X
Conocer los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos para emplearlos en la práctica		X		X	X					X		X

ACTIVIDADES	Pase de visita	Intervención psicológica.	Sesión general	Supervisión académica	Supervisión <i>in situ</i>	Talleres psicoeducativos	Presentación de Caso clínico	Clase médica	Clase invitados hematología	Clase Medicina conductual	Revisión de artículo médico	Revisión artículo Medicina Conductual
COMPETENCIAS												
Conceptuar el problema psicológico a partir del conocimiento científico.		X		X	X	X	X			X		
Seleccionar, utilizar, evaluar y aplicar diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar diagnósticos		X		X	X		X					X
Seleccionar y adaptar instrumentos y técnicas de medición adecuadas al contexto.	X	X	X		X					X		
Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.	X	X	X			X		X	X		X	X
Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.		X					X			X		X

Con base a las evaluaciones realizadas en los dos periodos de residencia, se establecen como conclusiones los siguientes puntos:

Del servicio: Se permite y fomenta el trabajo multidisciplinario por parte de todo el equipo de salud que lo integra: Medicina, Enfermería, Trabajo social, Nutrición (en el caso del servicio de Nefrología) y Medicina conductual.

En general los pacientes muestran una amplia disponibilidad y apertura a recibir la atención por parte de los residentes en Medicina conductual.

La infraestructura del Hospital y la disponibilidad de espacios con que cuentan los servicios referidos, no permite el desarrollo de entrevistas, evaluaciones o intervenciones totalmente profesionales o éticas, debido a que en ocasiones se realizaban estas actividades en pasillos o salas de espera, lo que no permitía garantizar la comodidad y confidencialidad adecuadas.

De las actividades de práctica clínica: Esta actividad permitió en mayor medida el desarrollo de las competencias profesionales requeridas en el perfil del egresado, ya que la mayor cantidad de horas de servicio se dedicaron a ellas y por su propio carácter práctico.

De las actividades académicas: La organización, planeación y ejecución de dichas actividades no fueron las óptimas, una parte importante de las clases fueron suspendidas, aunque en el segundo periodo se corrigió este aspecto.

De la supervisión *in situ*: A partir de ellas se pudieron identificar áreas de oportunidad y crecimiento profesional, sin embargo no existió seguimiento. La organización y continuidad de esta supervisión fue deficiente, teniendo cambios frecuentes de supervisor y metodología diferentes de evaluación, en parte relacionado por la falta de un especialista (Médico conductual) de base en la sede.

De la supervisión académica: Es la supervisión proporcionó en gran medida el crecimiento profesional, ya que contó con planeación y establecimiento de

objetivos para cada sesión, esto propició una retroalimentación constructiva y orientada de los casos clínicos expuestos y por ende una mejor evaluación y ajuste de las estrategias de evaluación e intervención.

En general, durante el periodo de residencia se pudo evidenciar que las intervenciones en contexto hospitalario deben ser breves, focalizadas y que deben utilizar estrategias de intervención que han mostrado su efectividad y eficacia como lo han realizado las intervenciones cognitivo conductuales. De gran importancia es contar con un especialista en la atención psicológica de pacientes con enfermedades crónicas, de forma profesional, ética y de calidad, permitiendo el trabajo multidisciplinario.

Reconociendo la importancia de las supervisiones *in situ* y académicas, se sugiere mayor organización de estas, respetando horarios y actividades programadas, participando como coterapeutas en las intervenciones de los residentes, de forma que permita una evaluación homogénea y con puntos bien definidos, así como la retroalimentación específica de la habilidad alcanzada o a desarrollar.

También se sugiere la inclusión de los residentes en proyectos de investigación más amplias llevadas a cabo por los tutores, supervisores académicos o *in situ*, para brindar continuidad y cohesión de los trabajos realizados de forma individual, logrando con ello mayor producción de trabajos publicados. Por último, se sugiere una evaluación general de los resultados que ha brindado la residencia desde su incorporación al Programa de Maestría, con datos cualitativos y cuantitativos dentro los escenarios reales que han funcionado como sedes.

A las autoridades de salud se sugiere la integración de especialistas en ésta área para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, pues se ha demostrado su importancia y eficacia en diversos artículos de investigación, tesis de doctorado y reportes de experiencia profesional, algunos aquí mencionados.

REFERENCIAS

- Alfaro, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. & Guevara, U. (2007). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 485-494.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*. 21 (2), 191-199.
- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. & Figueroa, C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*, 18 (2), 237-245.
- Austrich, E. (2006). ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar? En: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras*. México. Secretaría de Salud.
- Bragado, C & Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8 (3), 625-656.
- Bravo, MC. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), 67-82. En: www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/19308/18301. Recuperado 10 de julio 2013.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuesta de intervención psicosocial*. Valencia. Tirant Lo Blanch.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC] (2009). *Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad*

renal crónica. México. Secretaría de Salud. En:
www.cenetec.salud.gob.mx

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC] (2010a). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Leucemia Mieloide Aguda*. México. Secretaría de Salud. En: www.cenetec.salud.gob.mx

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC] (2010b). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Leucemia Linfocítica Aguda en Adultos*. México. Secretaría de Salud. En: www.cenetec.salud.gob.mx

Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-734.

Christensen, A., Moran, P., Wiebe, J., Ehlers, S. & Lawton, W. (2002). Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence in Hemodialysis. *Health Psychology*, 21 (4), 393–397.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_causas_de_mortalidad_en_Mexico_1980__2007 Recuperado: 7 junio 2013.

Cukor, D. (2007). Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric Services*, 58 (5), 711-712.

DeGood, D., Crawford, A. & Jongsma, A. (1999). *The Behavioral Medicine Planner*. New York. John Wiley and Sons.

De los Ríos, J., Ávila, T. & Montes, G. (2005). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. *Revista mexicana de enfermería y cardiología*, 13 (1), 9-14.

- Duarte, P., Miyazaki, M., Blay, S. & Sesso, R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 76 (4), 414-421.
- Gómez P., Monsalve, V., Soriano, J. & De Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31 (6), 318-325.
- Hart, S., Hoyt, M., Diefenbach, M., Anderson, D., Kilbourn, K., Craft, L. & Steel, J. (2012). Meta-Analysis of Efficacy of Interventions for Elevated Depressive Symptoms in Adults Diagnosed With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104 (13), 990-1004.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En: Kallenbach, J., Gutch, C., Stoner, M. & Corea, A. (Eds.). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. EUA. Mosby Inc.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> Recuperado 1 agosto 2013.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M. & García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19 (4), 266-271.
- Kimmel, P. & Peterson, R. (2006). Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 349-352.
- Lerma, A. (2012). *Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo conductual comparada con la*

atención médica convencional. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. México

L'Horne, J., Vatnamidis, P. & Carel, A. (2000). *Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: Aspectos cognitivos y conductuales*. México. Miguel Ángel Porrúa.

Linker, C. (2007). Sangre. En McPhee, S., y Papadakis, M. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México. Mc Graw-Hill.

López, M. (2010). *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. México. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Martínez, C., Ramos, B., Robles, M., Martínez, L. & Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22 (2), 275-282.

Medina, A. & Pineda, R. (2012). *El cuidador primario en la problemática del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General zona 1-A del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Milanés, M., Losada, R., Hernández, P., Agramonte, O. & Rosell, E. (2002). Aspectos clínicos y epidemiológicos de la leucemia mieloide aguda en el anciano. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 18 (1), 25-33.

Miovic, M. & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110 (8), 1665-1676.

Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in

oncological, hematological, and palliative care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12 (2), 160–174.

Morales, E., Jiménez, B. & Serrano, T. (2012). Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Revista de Investigación Clínica*, 64 (3), 240-246.

Morrow, G., Andrews, P., Hickok, J., Roscoe, J. & Matteson, S. (2002). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer*, 1, 389–398. En: <http://link.springer.com/article/10.1007/s005200100293>. Recuperado 6 de Julio 2012.

Morrow, G., Shelke, A., Roscoe, J., Hickok, J. & Mustian, K. (2005). Management of cancer-related fatigue. *Cancer Investigation*, 23 (3), 229-39.

Murillo, M & Pedraza, J. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 3 (2), 377-392

Mustian, K., Morrow, G., Carroll, J., Figueroa-Moseley, C., Jean-Pierre, P. & Williams, G. (2007). Integrative Nonpharmacologic Behavioral Interventions for the Management of Cancer-Related Fatigue. *Oncologist*, 12, 52-67

Nowack, K. (2002). *Perfil de estrés*. Manual Moderno.

Piña, J. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(1), 191-205.

Piña, J., Obregón, F., Corral, V. y Márquez, I. (1996). ¿Constituye la Medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la salud? En: Sánchez-Sosa, J., Carpio, C. y Díaz, E. (Comps).

Aplicaciones del conocimiento psicológico. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Programa de Residencia en Medicina Conductual. Disponible en:
<http://www.leoreynosoe.org/medicina-conductual> Recuperado 1 Junio 2013

Ramos, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud.* México. Miguel Ángel Porrúa.

Ramos, C., Castellanos, H., Martínez, A., Montaña, E., Martínez, C., Olarte, I. & Collazo, J. (2011). Eficacia de la quimioterapia intratecal con triple droga en pacientes con Leucemia linfocítica aguda. *Revista Mexicana de Hematología*, 12 (2), 57-61.

Redd, W., Montgomery, G. & DuHamel, K. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93 (11), 810-823.

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.

Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, C. & Anguiano, S. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*. 17, 43-49.

Riveros, A. (2011). Abordajes psicológicos en pacientes con hipertensión arterial: Reflexiones y propuestas a partir de un programa de intervención. En: Ybarra, J., Sánchez-Sosa, J. y Piña, J. (Comp.) *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica.* México. Manual Moderno

Rodríguez, A., Martínez, A., Lozano, A. & Alvarado, S. (2010). Náusea, vómito y ansiedad anticipatorios, una explicación conductual. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 9 (1), 25-29.

- Rodríguez, G. & Jaén, C. (2004). Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México. En: Rodríguez, G (Coord). *Medicina Conductual en México*. México. Miguel Ángel Porrúa.
- Rojas, L. (2011). *Carga percibida y calidad de vida relacionada con la salud del cuidador primario informal de pacientes con insuficiencia renal crónica*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Santillán, C. (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.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J., R. Guerrero, R., Albisu, J. & Amayra, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: revisión teórica. *Anales de Pediatría*, 59 (1), 41-7.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Yale conference on behavior medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*. 1, 3-12
- Sharp, J., Wild, M., Gumley, A. & Deughan, C. (2005). A Cognitive Behavioral Group Approach to Enhance Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 45 (6), 1046-1057.
- Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A. & Kakuma, T. (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregiver in Japan. *Peritoneal Dialysis International*, 23, 200-205.
- Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS]. (2011). *SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de los tumores*

malignos en México. En:
http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_TUMORES_MALIGNOS_MEX_2010.pdf Recuperado 9 Enero 2012.

Society of Behavioral Medicine. Disponible en:
<http://www.sbm.org/resources/education/behavioral-medicine>. Recuperado 1 junio 2013

Sosa, A. (2009). *Importancia de la Medicina Conductual en el servicio de Hematología. Reporte de experiencia profesional.* México. UNAM Tesis de Maestría.

Tsai, T., Liu, S., Tsai, J. & Chou, L. (2006). *Psychosocial effects on caregivers for children on chronic peritoneal dialysis.* *Kidney International*, 70, 1983–1987

Turk, DC (2002) Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatment for patients with chronic pain. *Clinical Journal Pain*. 18(6):355-365.

Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M., Jurado-Cárdenas, S. & Reynoso-Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of behavior, health & social issues*, 1 (2), 35-43.

Vidal, E. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds) *El psicólogo en el ámbito hospitalario.* España. Desclée de Brouwer.

Vital, S. (2013). Restos y estrategias frente a las enfermedades renales. *Gaceta del Hospital Juárez de México*. 3 (1). 18-19.

Ye, X., Chen, W., Lin, J., Wang, R., Zhang, Z., Yang, X. & Yu, X. (2008). Effect of social support on psychological-stress-induced anxiety and depressive

symptoms in patients receiving peritoneal dialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 157–164.

ANEXO 1

Caso 1.

Hospital Juárez de México

Servicio de Hematología

1. Identificación del Paciente.

Nombre: A.O.G

Edad: 32 años

Estado civil: Casada

Ocupación: Hogar

Lugar de origen y residencia: Estado de México

Escolaridad: Secundaria

Religión: Católica

Diagnóstico médico: Leucemia Mieloide Aguda M5

Motivo de consulta:

Durante el pase de visita, se observa inquietud motora, movimientos estereotipados de extremidades superiores y atención disminuida a las indicaciones médicas. Se realiza entrevista inicial y se determina, con la aceptación de la paciente, intervenir para el manejo de sintomatología ansiosa.

2. Antecedentes heredo familiares.

Madre con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, desde hace 20 años. Padre con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. No reporta otras enfermedades.

3. Antecedentes personales patológicos.

La paciente no refiere otra enfermedad de importancia actual o anterior. Menciona sólo haber probado alcohol y cigarro de manera ocasional durante la secundaria, no reporta esta actividad después de ello.

4. Antecedentes psicológicos.

No ha recibido atención psicológica ni psiquiátrica.

5. Antecedentes personales no patológicos.

Comenta ser una persona reservada, quien se “toma su tiempo” para conocer a la gente y poder conversar con ellas. También menciona que no le gusta “platicar” de cosas personales, de cómo se siente, a veces se molesta pero no lo expresa. No realiza ejercicio o actividad física adicional a las actividades del hogar y dedica la mayor parte de su tiempo en el cuidado de sus hijos.

La paciente comenta que trabajó como obrera durante dos años y tres como costurera hasta que se casó con su actual esposo.

6. Dinámica familiar.

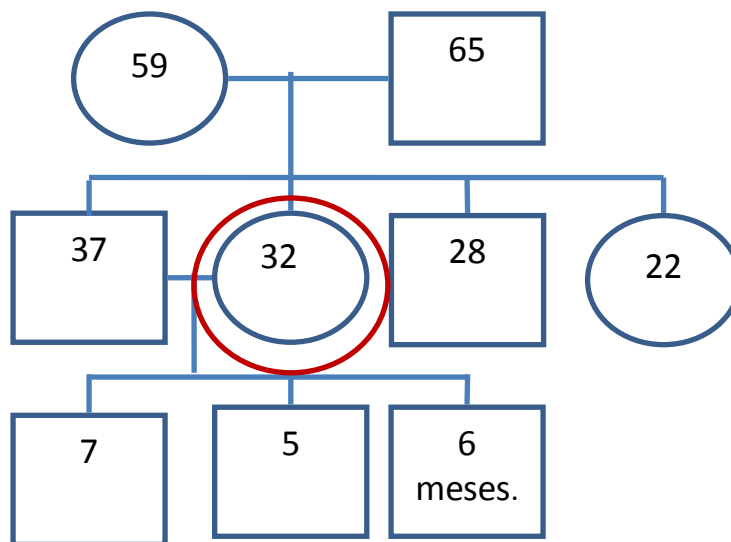
Reporta que cuando vivía con sus padres, mantenía una relación de cordialidad pero “no tan cercana”, “sólo hablamos de las cosas diarias, pero no de cómo nos sentíamos o cosas de esas”. Comenta que su padre era quien imponía la disciplina en la casa y que nunca llegó a recibir golpes. Con sus hermanos tampoco mantiene una relación “cercana”.

Actualmente vive con su esposo y sus tres hijos, refiere tener dificultades con su pareja debido a que su esposo no desea que ella conviva con su familia de origen “me dice que no vaya a verlos, que para qué, si no les intereso y que sólo quieren dinero”. Las “peleas” son constantes en distintos aspectos, pero sobre todo por cuidado de los niños y dinero. Los conflictos iniciaron desde el noviazgo y posterior a casarse aumentaron en frecuencia e intensidad. Menciona que ella, se queda callada durante un tiempo por estar muy enojada, sin embargo su esposo

continúa los reclamos hasta que ella grita, en tanto él sube la voz desde el inicio de la discusión, avienta cosas al piso e incluso ha llegado a golpearla en dos ocasiones.

Su esposo es quién cubre los gastos de internamiento y la ha acompañado durante su estancia hospitalaria. Sus padres sólo acuden ocasionalmente (1 vez por semana), sus hermanos no han acudido.

7.- Familiograma.



8. Historia del Problema.

Desde el primer día de internamiento, la paciente menciona sentirse nerviosa y preocupada debido a las siguientes situaciones: la notificación confirmatoria de su enfermedad (leucemia), no saber nada de ella, ni cómo le afectará o qué tan mortal es, así como por los frecuentes procedimientos médicos invasivos para diagnóstico y tratamiento. Sobre el último tema pregunta constantemente cuando están programados y cuantos faltan por realizar, del tratamiento la duración total y de este internamiento. Del tema de la leucemia refiere no preguntar debido a que

no quiere confirmar una noticia “fuerte o mala”, aunque se imagina un panorama catastrófico.

En las cuestiones familiares el cuidado de sus hijos “no sé cómo están o si los cuidan bien”, menciona que ella era quién los cuidaba y estaba “todo el día” con ellos. Se siente incómoda por los cuidados que brindan sus familiares hacia sus hijos “mi esposo no los atiende y no da dinero para su cuidado, sus hermanas y su mamá no le tienen paciencia los regañan y les pegan, y mis papás no tiene la fuerza física para estar al pendiente de ellos”. Sus hijos mayores actualmente se encuentran al cuidado de su familia política y su hijo menor con sus papás.

Mantiene discusiones frecuentes con su esposo debido a cuestiones económicas y por la exigencia de él para con la familia de origen de permanecer con la paciente en los horarios nocturnos y su apoyo económico “él dice que mis papás deberían estar aquí cuidándome y no él, que es su obligación, y si no quieren que paguen todo los gastos del internamiento”. La familia de origen argumenta las siguientes dificultades para no asistir: su hijo no viven con ellos, su hija menor estudia por las tardes y no puede faltar, dificultad de traslado (2 horas y media de trayecto), la falta de dinero para los pasajes, la enfermedad de ambos y el cuidado del hijo menor de la paciente y la comunicación agresiva por parte de la pareja de la paciente.

Las discusiones entre su esposo y sus familiares existen desde el inicio de matrimonio, la pareja de la paciente refiere que se deben a la petición constante de dinero por parte de la familia.

9.-Problemática actual.

La paciente comenta sentirse nerviosa y preocupada, esto se ve caracterizado por inquietud motora, movimientos estereotipados de extremidades superiores e inferiores, tensión física, preguntas constantes al personal de salud por el tiempo de internamiento y tratamiento, dificultad para tomar decisiones, deseos de alta

hospitalaria en la brevedad, deseos de dormir para “olvidarse del problema” sin embargo, no lo logra. Pensamientos frecuentes de tipo abstracción selectiva e inferencias arbitrarias “sólo me realizan procedimientos dolorosos, no me atienden lo que tengo y por eso ya me quiero ir, ya no voy a poder vivir bien, mis hijos se van a quedar solos, mi esposo ya no va a querer estar conmigo así”.

Las soluciones que ha utilizado la paciente ante estas situaciones son: no preguntar por la enfermedad, tratar de dormir para “olvidarse de los problemas”, mantener silencio ante los reclamos de su pareja y evitar pedir apoyo a su familia de origen debido a que no desea incomodar.

10. Examen mental.

Apariencia de aliño e higiene acorde al contexto hospitalario, complexión ectomórfica, edad aparente igual a la cronológica, orientada en todas la esferas, atención dispersa, memorias conservadas, en entrevista responde sólo a los cuestionamientos directos del entrevistador no brinda más información, posteriormente en las intervenciones se muestra cooperadora, pensamiento de tipo abstracción selectiva e inferencias arbitrarias, lenguaje coherente y congruente con monosílabos, juicio lógico, afecto hipertímico y estado de ánimo ansioso con inquietud motora, físicamente tensa, sin presencia de alteraciones sensoriales, apoyo instrumental y emocional deficientes, sin noción de enfermedad y estilo de afrontamiento evitativo.

11. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación.

Entrevista conductual, enfocada a la obtención de la descripción del problema, probables antecedentes y consecuencias, así como descripción de los tres niveles de respuesta.

Cuestionario de Ansiedad de Beck: 37 puntos, ansiedad severa

Unidades subjetivas de ansiedad: 8 puntos de 10.

12. Lista de conductas problema.

- Sintomatología ansiosa, tensión, inquietud motora, movimientos estereotipados de extremidades superiores
- Incertidumbre ante la enfermedad y tratamiento. Preocupación por hijos
- Inferencias arbitrarias y abstracción selectiva.
- Nerviosismo ante procedimientos médicos invasivos.

13. Modelo secuencial integrativo y análisis funcional

Estimulo (2)	Organismo (3)	Respuesta (1)	Consecuencia (4)
<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del diagnóstico de leucemia -Ingreso hospitalario -Enterarse de las discusiones familiares -Exigencias familiares <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseos de estar con sus hijos - Deseos de “salir rápido del hospital” - No querer que “saber de los problemas” <p>Historia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación pasiva-agresiva con pareja - Apoyo social deficiente 	<p>Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de LMA - Estilo de afrontamiento evitativo. - Déficit en toma de decisiones - Comunicación pasiva-agresiva con pareja <p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue instrucciones • Aparenta inteligencia clínicamente promedio. 	<p>Queja: Preocupación y sintomatología ansiosa</p> <p>Motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos estereotipados de extremidades • Inquietud motora • Preguntas constantes sobre la duración de tratamiento e internamiento. • Dormir para evitar “pensar” en los problemas <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferencias arbitrarias • Abstracción selectiva <p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Dificultad para dormir <p>Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación 	<p>Inmediatas.</p> <p>Individuales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trata de “no pensar” en los problemas - Continúan de inferencia arbitraria y abstracción selectiva - Preocupación - Aumentan sus expectativas de “salir rápido del hospital y estar con sus hijos” <p>Individuales externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continúan los movimientos estereotipados y la tensión física - Evita preguntar sobre la enfermedad - Discusión con pareja <p>De otros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja toma las decisiones del cuidado de los hijos y de las cuestiones económicas. <p>Mediatas</p> <p>Individuales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación y nerviosismo • Tensión física • Sentimientos de desesperación <p>Individuales externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento de estilo de afrontamiento evitativo • No resuelve sus problemas y continúa con los malestares • Comunicación pasiva agresiva con pareja • Discusiones familiares

Análisis funcional.

Cuando A.O.G. fue notificada de su enfermedad, comenzó a sentirse preocupada y manifestó sintomatología ansiosa, caracterizada a nivel cognitivo por pensamientos de inferencia arbitraria y abstracciones selectivas; a nivel fisiológico por tensión y dificultad para dormir, mientras a nivel motor con movimientos estereotipados, inquietud motora y evita preguntar acerca de la enfermedad.

Debido al internamiento prolongado A.O.G. no ha estado en contacto con sus hijos provocando preocupación y desesperación, sensaciones exacerbadas por la presencia de pensamientos de tipo abstracción selectiva. Adicional, mantiene frecuentes discusiones con su pareja debido a problemas económicos y exigencias de apoyo por parte de la familia de origen, ella mantiene una conducta pasiva al inicio de las discusiones hasta llegar a gritar cuando se siente molesta. Esto provoca que la paciente se mantenga con tensión física, se intensifica su inquietud motora y los movimientos estereotipado de extremidades, presenta conductas evitativas para la solución de los problemas y preguntas recurrentes de la duración de tratamiento e internamiento.

Esto se encuentra probablemente mantenido porque A.O.G. mantiene un estilo de afrontamiento evitativo. Esto a corto plazo permite que la paciente se sienta un poco más tranquila, sin embargo no son eficaces, ya que se mantiene la sintomatología ansiosa y preocupación, además de no resuelve las situaciones que le generan estos malestares. A largo plazo, genera sentimientos más intensos de desesperación y preocupación; y aumentará sus niveles de ansiedad, cuestión que provocará no seguir correctamente su tratamiento médico.

Por ello, se considera oportuno intervenir tanto en las respuestas motora, fisiológicas y cognitivas. Generando estrategias de afrontamiento más eficaces

Hipótesis funcional.

Si la sintomatología ansiosa de A. durante su internamiento, está funcionalmente asociada a estrategias de afrontamiento evitativas, entonces al brindarle entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación y comunicación asertiva le permitirán aprender nuevas habilidades para resolver o manejar las situaciones que le generan malestar.

14. Diagnóstico DSM-IV-TR.

Eje I: F54 Factor psicológico (estilo de afrontamiento) que afecta enfermedad médica

Eje II: R46.8 Aplazado

Eje III: Leucemia Mieloide Aguda M5

Eje IV: Problemas con grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG= 61-70

15. Objetivo general.

A. utilizará estrategias de afrontamiento dirigidas al problema permitiéndole manejar síntomas de ansiedad y sentimientos de preocupación, durante su estancia hospitalaria.

Objetivos Específicos.

1. Utilizará estrategias en solución de problemas para resolver las distintas situaciones que le generan malestar en su estancia hospitalaria
2. Comunicará de forma asertiva sus opciones de solución a los problemas (cuidado de sus hijos, económicos y de la relación con su familia de origen) con su pareja.
3. Conocerá que es su enfermedad, cómo se trata y los efectos secundarios del tratamiento.

4. Disminuirá la sintomatología ansiosa mediante la escala subjetiva de ansiedad y observación directa.
5. Disminuirá los puntajes de ansiedad en el Cuestionario de ansiedad de Beck

16. Selección y aplicación de los tratamientos.

A. en acuerdo con el terapeuta decidió, enfocarse al tema del cuidado de sus hijos, posteriormente la incertidumbre generada por la enfermedad y dificultades con sus familiares

Sesión 1:

Evaluación de conducta problema a través de entrevista

Ejercicio de solución de problemas dirigido al cuidado de sus hijos

Sesión 2:

Ejercicio en solución de problemas para el cuidado de sus hijos (Valoración de la puesta en práctica de la opción elegida).

Psicoeducación sobre qué es la leucemia.

Sesión 3:

Psicoeducación sobre los tratamientos para la leucemia y sus efectos secundarios

Ejercicio en solución de problemas para los efectos secundarios

Sesión 4:

Con paciente: Psicoeducación sobre temas específicos preguntados por la paciente. Ejercicio en solución de problemas para los conflictos entre pareja y familia de origen

Con la familia. Psicoeducación sobre los tratamientos para la leucemia y sus efectos secundarios, establecimiento de reglas y acuerdos entre los familiares.

Sesión 5:

Valoración de la puesta en práctica de la solución elegida

Psicoeducación en comunicación asertiva

Sesión 6

Con paciente: Ejercicio en comunicación asertiva, ensayo conductual con terapeuta.

Con familiares: Seguimiento a reglas y acuerdos.

Sesión 7

Ejercicio en comunicación asertiva (ensayo conductual) para fomentar diálogo con personal de salud y aclarar dudas con médicos y solicitar peticiones con enfermería, lo cual se estableció como tarea.

Ejercicio en solución de problemas para las posibles complicaciones que pudieran presentarse para comunicarse con el personal de salud.

Sesión 8

Valoración y retroalimentación de la tarea.

Ejercicio en comunicación asertiva (ensayo conductual) para mejorar la comunicación con familiares.

Ejercicio en solución de problemas para las posibles complicaciones que pudieran presentarse para comunicarse con familiares.

17. Avances y resultados.

La paciente logró disminuir la sintomatología ansiosa (inquietud motora y movimientos estereotipados), obtenido por observación directa del terapeuta, del personal de salud y familiares

La paciente reporto sentirse “más tranquila”, disminuyendo en la escala subjetiva de ansiedad a 2 puntos durante dos semanas.

Los puntajes en el Cuestionario de ansiedad de Beck, disminuyeron puntajes leves, aplicado con un mes de diferencia al inicial.

La paciente elaboró creencias y expectativas más realistas acerca de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, basadas en información obtenida con el personal de salud

A.O.G. utilizó las siguientes estrategias para disminuir su preocupación acerca del cuidado de sus hijos: pidió a su pareja un celular con el cual marcaba dos veces al día a sus hijos para saber cómo se encontraban. Además de escribir una carta por semana para ellos, sus hijos le enviaban dibujos y fotos. A pesar comentar la poca paciencia y regaños constantes por parte de sus familiares a sus hijos, también identificó ventajas, protección y muestras de cariño que brindan sus familiares, lo que permitió mayores sensaciones de tranquilidad.

En el caso de los problemas familiares, se establecieron horarios de visita y tareas específicas para cumplir con las demandas administrativas y médicas en el hospital (incluyendo cumplir con los donadores, pagos, firma de consentimientos informados, apoyo en las conductas de higiene de la paciente). También se estableció con los familiares la consigna para evitar comentarios ofensivos hacia otros miembros de la familia frente a la paciente.

En general la paciente logró comunicarse de forma más asertiva con el personal de salud permitiendo aclarar dudas y realizar peticiones. También logró identificar ventajas y desventajas de las distintas opciones al solucionar un problema, tomó decisiones basadas en ellas y puso en práctica la alternativa seleccionada.

ANEXO 2.

Caso 2.

Hospital Juárez de México Servicio de Hematología

1. Identificación del Paciente.

Nombre: J.F.

Edad: 26 años

Estado civil: Unión libre

Ocupación: Comerciante

Lugar de origen y residencia: Distrito Federal

Escolaridad: Secundaria

Religión: Católica

Diagnóstico médico: Leucemia Linfoblástica Aguda L2

Motivo de consulta.

El paciente es remitido por médico residente, debido a que durante la colocación de catéter “se puso muy ansioso, poco cooperador” y por ello se suspendió el procedimiento. Durante entrevista, el paciente refiere haberse sentido “muy nervioso” y percibir una intensidad 8 de dolor (obtenido por medio de una escala visual análoga) durante el procedimiento médico, expresa su interés de recibir apoyo psicológico.

2. Antecedentes heredo familiares.

Abuela materna con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 No reporta otro familiar con enfermedad crónica o de importancia.

3. Antecedentes personales patológicos.

Tabaquismo iniciado a los 14 años (consumo promedio de una y media cajetillas por semana durante los últimos tres años), actividad abandonada desde el inicio del tratamiento. No comenta alguna enfermedad de importancia, ni que requiriera hospitalización o un tratamiento médico prolongado.

4. Antecedentes psicológicos.

Refiere no haber recibido atención psicológica ni psiquiátrica, también menciona no haber creído necesitarla hasta su primer internamiento en el servicio.

5. Antecedentes personales no patológicos.

No reporta actividad física con regularidad, en su tiempo libre acudía a bailar y juega “maquinitas”. Comenta que desde que recuerda ha sido una persona “nerviosa”, que se desespera rápidamente al esperar a una persona o algo, y que generalmente está moviendo su pierna o brazo (inquietud motora).

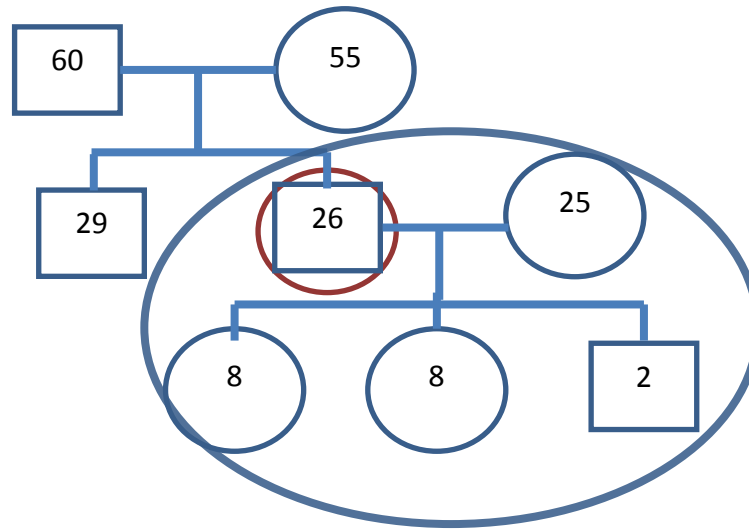
6. Dinámica familiar.

Mantiene una buena relación con sus padres y hermano, menciona “siempre hemos sido una familia unida y he recibido su apoyo durante mi enfermedad”. El padre es quién brinda apoyo económico.

Actualmente vive con su esposa y sus tres hijos, en el mismo terreno de los padres, comenta haber tenido dificultades con su pareja debido a una infidelidad de su parte, pero que actualmente mantiene una buena relación “nos llevamos bien, mi esposa me apoya mucho, ella y mi mamá son quienes siempre me acompañan a las citas, a la quimioterapia ambulatoria y a los internamientos”.

Refiere pasar poco tiempo con sus hijos, debido a la fatiga después de las quimioterapias y a los internamientos prolongados, sin embargo mantiene comunicación con ellos y está pendiente de sus actividades y educación.

7. Familiograma.



8. Historia del Problema.

El paciente ingresa al servicio de Hematología en junio del 2011, cuando fue diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda L2, el tratamiento que recibió fue el esquema de San Judas (incluye Etopósido, Ciclofosfamida, L-asparaginasa, Prednisona, Vincristina, Metotrexate y Filgastrim). Menciona que desde el inicio del tratamiento, durante los procedimientos médicos invasivos (aspirado de médula), se “ponía muy nervioso”, “me sudan las manos, pensaba que algo podía salir mal, que me iba a doler mucho”. Como estrategias para afrontar dichos procedimientos prefería no hablar del tema “trataba de pensar en otra cosa”, y durante los procedimientos sólo cerraba los ojos para “soportar el dolor”, no se movía pero se ponía “muy tenso”, estrategias que no le permitían manejar la ansiedad, ni dolor.

Menciona que en su primer internamiento la residente en Medicina Conductual le brindó psicoeducación y ejercicio de respiración diafragmática cuando fue sometido a un procedimiento médico, en los cuales experimentó un grado de ansiedad de 5, obtenidos por medio de una escala subjetiva de ansiedad, “estaba

conmigo durante algunos procedimientos y me decía qué hacer”. Los ejercicios no los practicó posteriormente.

Dudó en continuar el tratamiento ya que también incluía procedimientos invasivos, pero lo continuó y no ha faltado a sus sesiones de quimioterapia. En general, durante procedimientos de aspirado de médula ósea y quimioterapia intratecal, su nivel de ansiedad se ubica en un puntaje de 8 de 10, en la escala subjetiva de ansiedad, caracterizado por tensión física, sudoración, inquietud motora, movimientos estereotipado de manos, miedo e inferencias arbitrarias “todo va a salir mal, me van a repetir el procedimiento”. No se ha negado a realizar algún procedimiento médico.

Comenta que durante los internamientos se desespera rápidamente, con altas expectativas de egreso inmediato, se muestra hiperreactivo y busca la compañía de un familiar, menciona no realizar actividades distractoras, sólo platica con su familia. Es cooperador y sigue instrucciones del personal de salud, aunque no es adherente a todas las indicaciones médicas en casa. Es independiente en sus conductas de higiene y autocuidado, cuando le está permitido el reposo relativo.

9. Problemática actual.

Cuando el paciente es notificado que se llevará a cabo un procedimiento invasivo, comienza a sentirse “nervioso y preocupado”, con sudoración de manos, movimientos estereotipados de extremidades, cambia de posición frecuentemente, presenta tensión física, evita hablar del tema, tiene dificultad para dormir, también para detener y distraer el pensamiento “trato de pensar en otra cosa o no pensar”, “mis familiares me dicen que no me preocupe que me tranquilice pero no puedo”, realiza inferencias arbitrarias “que tal si todo sale mal, me va a dolor mucho”. Estas respuestas son frecuentes ante cualquier procedimiento invasivo, pero aumentan cuando el procedimiento es novedoso.

En el procedimiento más reciente, comenta que durante el primer intento de colocación se sentía ansioso (8 de 10) pero cooperador, sin embargo al comentarle que no había quedado bien y tenían que hacer otro intento, esta sensación aumento (10 de 10), así como la percepción del dolor (llegando a un puntaje 9 de 10 en una escala visual análoga de dolor), provocando que se moviera y emitiera quejidos constantes, por ello los médicos decidieron finalizar el procedimiento.

Lo anterior le generó desesperación y frustración, pues esperaba salir “rápido del hospital”, ya que no le agrada estar internado, además de preocuparse por la próxima colocación de catéter.

10. Examen mental.

Apariencia de aliño e higiene acorde al contexto hospitalario, complexión mesomórfica, edad aparente igual a la cronológica, orientado en todas la esferas, atención sostenida, memorias conservadas, cooperador durante entrevista e intervenciones, inferencias arbitrarias, lenguaje fluido, coherente y congruente, juicio lógico, afecto hipertímico y estado de ánimo ansioso con inquietud motora, físicamente tenso, sin presencia de alteraciones sensoperceptuales, apoyo instrumental y emocional adecuados, con conciencia de enfermedad con motivación al cambio y estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

11. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación.

Entrevista conductual, enfocada a la obtención de la descripción del problema, probables antecedentes y consecuencias, así como descripción de los tres niveles de respuesta.

Cuestionario de Ansiedad de Beck: 30 puntos, ansiedad moderada.

Escala subjetivas de ansiedad: 10 puntos, durante el último procedimiento.

Escala visual análoga de dolor: 9 puntos, durante el último procedimiento.

12. Lista de conductas problema.

- Ansiedad
- Dolor intenso durante procedimientos
- Movimientos estereotipados de extremidades superiores
- Inquietud motora
- Sudoración de manos
- Tensión
- Inferencias arbitrarias: “qué tal si todo sale mal, me va a dolor mucho”.
- Pensamientos de poca eficacia: “trato de pensar en otra cosa o no pensar”, “mis familiares me dicen que no me preocupe que me tranquilice, pero no puedo”

13. Modelo secuencial integrativo* y análisis funcional.

Estimulo (2)	Organismo (3)	Respuesta (1)	Consecuencia (4)
<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le informa la realización de un procedimiento médico invasivo. <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inferencias arbitrarias y pensamientos de poca autoeficacia - Expectativa de “salir rápido del hospital” <p>Historia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos médicos que han sido dolorosos 	<p>Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de LLA - Estilo de afrontamiento dirigido a la emoción para el manejo de la ansiedad. <p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sigue instrucciones - Motivación al cambio - Identificación de sensaciones físicas relacionadas con la ansiedad. 	<p>Queja: Ansiedad ante colocación de catéter</p> <p>Motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos estereotipados de extremidades - Inquietud motora <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inferencias arbitrarias y pensamiento de poca eficacia <p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudoración de manos. - Tensión - Dificultad para dormir <p>Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo 	<p>Inmediatas.</p> <p>Individuales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trata de “no pensar” en el procedimiento. - Continúan de inferencia arbitraria y de poca eficacia - Preocupación y miedo por el procedimiento - Aumento de la percepción de dolor en los procedimientos médicos invasivos. <p>Individuales externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de movimientos estereotipados. - Continúa la sudoración y la tensión física. - Evita hablar del tema <p>De otros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender procedimiento médico invasivo <p>Mediatas</p> <p>Individuales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de desesperación y frustración - Aumento de cogniciones de poca eficacia para el

			manejo de ansiedad Preocupación y miedo por procedimientos médicos posteriores Individuales externas: Evitar procedimientos médicos invasivos Movimientos durante procedimientos. Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción y evitativa.
--	--	--	--

Análisis funcional

Cuando J. es notificado que se llevará a cabo un procedimiento médico invasivo, se siente “nerviosismo e intranquilo”. Dicha situación se caracteriza a nivel cognitivo por pensamientos de inferencia arbitraria y de poca eficacia; a nivel fisiológico por sudoración en manos, tensión y dificultad para dormir, mientras a nivel motor presenta conductas como movimientos estereotipados, inquietud motora y evita hablar del tema.

Esto se encuentra probablemente mantenido porque J. utiliza un afrontamiento dirigido a la emoción, provocando a corto plazo un manejo inadecuado de sus sensaciones de nerviosismos y síntomas de ansiedad. A largo plazo, genera sentimientos de frustración, desesperación y aumentará sus niveles de ansiedad y nerviosismo ante las demandas médicas, mostrándose poco cooperador y confirmando inferencias arbitrarias. Además del incremento del dolor durante los procedimientos invasivos.

Por ello, se considera oportuno intervenir tanto en las respuestas motora, fisiológicas y cognitivas. Generando estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, que le permita manejar su ansiedad antes y durante el procedimiento médico invasivo.

Hipótesis funcional.

Si la ansiedad de J ante procedimientos médicos invasivos (colocación de catéter), está funcionalmente asociada a estrategias de afrontamiento poco eficaces para el manejo de la ansiedad, entonces al brindarle entrenamiento en relajación, detención de pensamiento y posteriormente la elaboración de otros más funcionales, le permitirán adaptarse a dichas situaciones.

14. Diagnóstico DSM-IV-TR.

Eje I: F54 Síntoma psicológico que afecta enfermedad médica.

Eje II: R46.8 Aplazado.

Eje III: Leucemia Linfoblástica Aguda L2.

Eje IV: Sin problemas psicosociales o ambientales.

Eje V: EEAG= 61-70.

15. Objetivo general.

J. utilizará estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, antes y durante los procedimientos médicos invasivos, permitiéndole manejar su ansiedad y nerviosismo.

Objetivos Específicos.

1. Evocará un estado de mayor relajación antes y durante los procedimientos médicos invasivos, permitiendo manejar su ansiedad, disminuyendo su estado de tensión y de movimientos estereotipados.

2. Identificará y detendrá sus pensamientos de inferencia arbitraria por unos más funcionales que le permitan afrontar eficazmente los procedimientos médicos invasivos.
3. Modificará sus pensamientos de inferencia arbitraria por unos más funcionales que le permitan afrontar eficazmente los procedimientos médicos invasivos.
4. Disminuirá los puntajes de ansiedad medidos a través de la escala subjetiva de ansiedad anterior y durante el procedimiento médico. Así como su percepción de dolor, medida en una escala visual análoga de dolor.
5. Disminuirá los puntajes de ansiedad en el Cuestionario de ansiedad de Beck.

16. Selección y aplicación de los tratamientos.

Sesión 1: Evaluación de conducta problema a través de entrevista.

Ejercicio de respiración diafragmática.

Sesión 2: Ejercicio de respiración diafragmática.

Ejercicio de relajación muscular profunda.

Sesión 3: Ejercicio de relajación muscular profunda.

Detención de pensamiento.

Sesión 4: Detención de pensamiento.

Ejercicios de relajación muscular profunda.

Sesión 5: Detención de pensamiento.

Ejercicio de relajación muscular profunda.

Sesión 6: Ejercicio de relajación muscular profunda.

Elaboración de pensamientos alternos funcionales.

Sesión 7: Elaboración de pensamientos alternos funcionales.

Ejercicio de relajación muscular profunda.

Sesión 8: Elaboración de pensamientos alternos funcionales.

Ejercicio de relajación muscular profunda.

17. Avances y resultados.

El paciente logró relajarse a un puntaje de 2 o menos, durante los ejercicios de relajación, obtenidos por medio de la escala subjetiva de ansiedad.

En los 3 días previos a la colocación de catéter J., registro sus niveles de ansiedad 1 a 3 puntos, disminuyendo después de realizar sus ejercicios de relajación programados como tareas.

Durante la colocación de catéter J., mantiene un nivel de ansiedad ubicada en 4 puntos, y su percepción de dolor en 5, según su autorreporte. Los médicos residentes manifestaron mayor cooperación del paciente, observando una disminución de movimientos y quejidos durante el procedimiento. Esto sucedió después de la sesión 5.

En este mismo internamiento se programó una quimioterapia intratecal, donde J. reportó 3 puntos de ansiedad y dolor durante el procedimiento. Esto se realizó posterior a la sesión 8.

En su estancia hospitalaria de 16 días J., reportó disminución de la inquietud motora, invirtió en promedio 1 ½ horas en actividades distractoras por día, también se observó menor tensión física. Datos corroborados por familiares (madre y esposa).

J. elaboró frases que le resultaron más funcionales: “sólo es por un momento, los médicos están preparados y están al pendiente de mí, es por mi bien, puedo soportarlo, me puedo relajar en lugar de estar nervioso, soy fuerte”.

Pendiente: El paciente fue dado de alta y prosiguió su tratamiento en quimioterapia ambulatoria donde por cuestiones de logística, no se pudo continuar el tratamiento psicológico, el cual tendría como objetivo la generalización de estas estrategias a otros procedimientos médicos, debido al aumento de su ansiedad ante procedimientos novedosos.

ANEXO 3.

Caso 3.

Hospital Juárez de México Servicio de Nefrología

1. Identificación del Paciente:

Nombre: V.M.

Edad: 22 años.

Estado civil: Soltero.

Ocupación: Comerciante.

Lugar de origen y residencia: Estado de México.

Escolaridad: Secundaria.

Religión: Cristiana.

Diagnóstico médico: Enfermedad Renal Crónica Etapa 5.

2. Motivo de consulta.

Se inicia con entrevista inicial como parte de las actividades diarias en hemodiálisis. A partir de ello, se identifica una ingesta excesiva de líquidos por parte del paciente, la cual por mutuo acuerdo se plantea como conducta a intervenir.

3. Antecedentes personales y familiares patológicos.

Hermano de 19 años diagnosticado con ERC 5 en DPA.

Padre con consumo frecuente de alcohol.

Otros familiares aparentemente sanos.

Antecedentes personales no patológicos.

La madre del paciente reporta un desarrollo motriz sin alteraciones (no recuerda con exactitud el inicio del gateo, caminar y control de esfínteres). Menciona que el padre de VM los abandono a los pocos meses de nacer el paciente (seis meses) y se “juntó” con otra pareja cuando VM tenía 2 años. El padrastro de VM lo golpeaba e insultaba, así como a su mamá y hermana mayor, además de “hacer diferencias” entre los hijos.

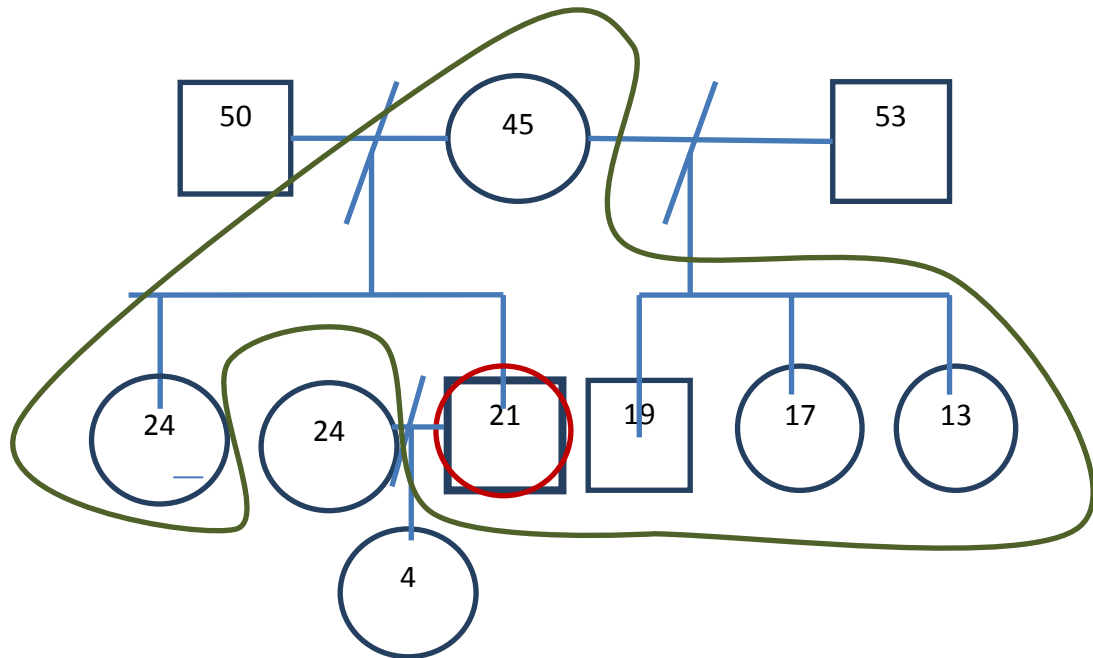
VM refiere que incluso antes de ser diagnosticado era una persona “seria y con pocos amigos”, aunque ha conservado a sus amistades durante el tratamiento.

Sólo ha recibido tratamiento psicológico a partir de su ingreso al servicio de Nefrología, del cual reporta que se limitó a psicoeducación de su enfermedad y tratamiento.

4. Dinámica familiar.

Mantiene una buena relación con su mamá y hermanos, menciona que su mamá le brinda apoyo para continuar su tratamiento incluyendo la parte económica. Comenta que sus hermanos lo han apoyado y brindado compañía durante su tratamiento, sin embargo en ocasiones se molesta con su hermano debido a comentarios que hacen referencia a la preferencia del paciente por parte de su madre “dice que mi mamá me prefiere a mí porque me compra cosas, pero yo le ayudo a vender, a recoger lo que nos regalan y él no, además su papá le compra sus cosas...pero yo no le digo nada”.

5. Familiograma.



6. Historia del Problema.

Paciente quién fue diagnosticado con ERC 5 desde los 17 años, comenta que desde el inicio de tratamiento le ha sido difícil seguir las indicaciones alimentarias y de ingesta de líquidos. “Comemos lo que hay, aunque a veces sé que no debería”, “no he seguido la cantidad de líquidos que me han dicho”. Menciona que la ingesta excesiva de líquidos ha sido desde el inicio del tratamiento sobre todo en época de calor, pero siente que en el último año ha aumentado y que no ha podido controlarlo “me da mucha sed y entonces tomo mucha agua”, aunque tampoco ha realizado un esfuerzo estructurado para ello. Con anteriores compañeras ha trabajado sobre este tema utilizando psicoeducación, pero al sentir que era una imposición y que “no lo entendían” no realizaba las conductas alternas que le proponían.

7. Problemática actual.

VM al sentir sed ingiere líquidos (incluido refresco) sin restricción o medición de su consumo, además de hacerlo con rapidez, en las cuatro semanas anteriores ha mantenido un peso interdialítico de 3 a 3.5 Kg, el máximo permitido es de 2.5 Kg, esto ha generado regaños por parte del personal de salud. Menciona que al entrar a la cocina y ver el garrafón de agua toma su vaso medidor, lo llena e ingiere agua. VM tiene permitido 1000 ml de agua y comenta ingerir 1500 ml (aproximados) en un promedio de 4 a 6 días por semana. VM comenta que los médicos le comentaron que se podía hinchar si el excedía los líquidos permitidos, pero el sólo se hincha “poquito” de los pies. También menciona que lo realiza los días previos a su asistencia a Hemodiálisis, pues sabe que durante su tratamiento le “quitan” el exceso de líquido. VM realiza esta conducta con mayor frecuencia en su casa, sin embargo, consume refresco regularmente cuando acude a vender a su puesto.

8. Examen mental.

Paciente con edad aparente igual a la cronológica, aliño e higiene acorde al contexto hospitalario, orientado en todas la esferas, atención sostenida, memorias conservadas, cooperador durante entrevista e intervenciones, pensamiento concreto, lenguaje fluido, coherente y congruente, juicio lógico, afecto eutímico y estado de ánimo dentro de límites regulares, sin presencia de alteraciones senso-perceptuales, apoyo instrumental y emocional adecuados, locus de control externo, estilo de afrontamiento dirigido a la emoción y noción de enfermedad.

9. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación.

Entrevista conductual semi-estructurada.

Autorregistro de consumo de líquidos semanal.

Peso interdialítico.

10. Análisis y descripción de las conductas problema (lista de problemas).

- Ingesta adicional de líquidos (500 ml) por 4 o más días a la semana.
- Ganancia de peso interdialítico entre 3 a 3.5 kg.
- Pensamientos de minimización de consecuencias negativas.
- No percibe consecuencias negativas por la ingesta adicional de líquidos.

11. Análisis funcional.

Cuando VM siente sed, ingiere agua sin tener una medida clara excediendo la cantidad permitida.

Esto se encuentra probablemente mantenido porque VM sacia inmediatamente su necesidad fisiológica, confirmando sus pensamientos de poco control sobre la situación, además de confirmar pensamientos que minimizan las consecuencias negativas ya que no observa un estímulo punitivo contingente por ello. Esto a largo plazo, provocará problemas en su estado de salud; por ejemplo, edemas y alta tensión arterial, fatiga o menor tiempo de programación del indicado durante sesión de hemodiálisis; además de futuras hospitalizaciones.

Por ello, se considera oportuno intervenir tanto en las respuestas motora y cognitivas. Generando estrategias de autocontrol para ingesta de líquidos.

12. Hipótesis funcional.

Si la ingesta excesiva de líquidos por parte de VM, está funcionalmente asociada a problemas de control de su conducta y la baja percepción de estímulos punitivos, entonces al brindarle entrenamiento en autocontrol le permitirán mejorar su adhesión a tratamiento.

13. Modelo secuencial integrativo.

Estimulo (2)	Organismo (3)	Respuesta (1)	Consecuencia (4)
<p>Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrar a la cocina. • Ver el garrafón de agua y de fácil acceso. <p>Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sed. • Pensamientos de poco control sobre la situación. <p>Historia</p> <ul style="list-style-type: none"> • No percibe consecuencias negativas (por ser mínimas) contingentes a su conducta. • Minimiza malestares físicos (hinchazón de pies, presión arterial elevada, cansancio y dolor). 	<p>Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ERC 5 en tratamiento con Hemodiálisis. <p>Habilidades y competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue instrucciones. • Cooperador con intervención psicológica. • Mantiene actividades productivas y coladora en casa. 	<p>Problemas de autocontrol en la ingesta de líquidos.</p> <p>Motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consume agua rápidamente • Toma agua sin considerar las medidas indicadas. <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos de poco control sobre la situación. • Minimización de consecuencias negativas. 	<p>Inmediatas</p> <p>Individuales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacar su sed. • Sesgo confirmatorio sobre minimización de consecuencias negativas o no las percibe. • Confirma pensamiento de poco control sobre la situación. <p>Mediatas</p> <p>Internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edemas. • Presión arterial elevada. • Fatiga. <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos y enfermeras le comentan su exceso de líquido consumido, aunque no llega a ser aversivo. • Deterioro de su estado de salud. • Probables internamiento.

14. Diagnóstico DSM-IV-TR.

Eje I: Z91.1 Incumplimiento terapéutico

Eje II: Z03.2 No se presenta ningún trastorno

Eje III: Enfermedad Renal Crónica Estadio 5

Eje IV: Sin problemas psicosociales

Eje V: 61-70

15. Objetivo general.

V.M. utilizará estrategias de autocontrol para tomar la cantidad de líquidos permitida.

Objetivos Específicos.

1. Disminuirá la cantidad de líquidos no permitidos durante la semana.
2. Realizará conductas alternas que permitan controlar su ingesta de líquidos.
3. El peso interdialítico máximo de VM será de 2.5 kg al finalizar la intervención.

16. Selección y aplicación de los tratamientos.

Sesión 1.

Evaluación de conducta problema a través de entrevista.

Se entrega autorregistro semanal y se brinda retroalimentación de su peso interdialítico.

Sesión 2.

Paciente no realiza autorregistro y comenta no realizar conductas alternas.

Se realiza balance decisional y decide elaborar el autorregistro.

El peso interdialítico fue de 3 kg.

Sesión 3.

Realiza todo su registro semanal, lo cual se refuerza y se brinda retroalimentación. Se observa un día en donde cumplió con su ingesta de líquidos recomendada y aumento en la ingesta en los días previos a la hemodiálisis.

Se realiza ejercicio en control de estímulos para modificar estímulos ambientales que permita la medición de los líquidos consumido: vaso medidor, registro colocado junto a su garrafón de agua para realizar su anotación, recipiente con el agua fría del día con divisiones por horario.

Se continúa con autorregistro, como meta se establece el consumo indicado de agua por dos días.

El peso interdialítico se mantiene en 3 kg.

Sesión 4.

Se refuerza la realización los cambios ambientales y llenado de registro, donde se identifica el cumplimiento de dos días en la ingesta de líquidos.

Basado en el autorregistro se analizan las conductas antecedentes (llegar de trabajar) y conductas alternas que el paciente puede realizar en lugar de tomar agua, por ejemplo comer un cubo de hielo, masticar chicle, enjuagar la boca y escupir el líquido o enjuagar la boca antes ingerir agua.

El peso interdialítico fue de 2.800 kg

Sesión 5.

En su registro el paciente reporta tres días sin excesos en la ingesta de líquidos, menciona que realizó las conductas alternas, sin embargo el masticar chicle no le funcionó, por lo que se elimina esa estrategia. Se realiza retroalimentación del

control que ha tendido sobre su conducta y los resultados observados en su peso interdialítico, el cual en esta sesión fue de 2.700 kg.

Se inicia con psicoeducación en autoinstrucciones.

El paciente reporta que le resultó complicado realizar las conductas alternas, por lo que se decide mantener el mismo objetivo de tres días sin excesos de líquidos, se refuerzan y se retroalimentan dichas conductas.

Sesión 6.

El paciente registra tres días sin exceso en la ingesta de líquidos y su peso interdialítico se mantiene 2.700 kg.

Se elaboran 2 autoinstrucciones con apoyo del terapeuta, las cuales se deciden colocar por escrito en la cocina, enfocadas a la realización de conductas alternas.

Se establece 4 días sin exceso de agua durante la semana.

Sesión 7.

El paciente registra 4 días con la ingesta indicada de líquidos, y su peso interdialítico fue de 2.600 kg, lo que se retroalimenta y refuerza.

Se modifican autoinstrucciones, las cuales elaboraba el paciente dirigidas a la realización de conductas alternas.

Se mantiene el objetivo de 4 días con la ingesta indicada de líquidos.

Sesión 8.

Se registra los 4 días con la ingesta indicada de líquidos, se realizan conductas alternas y se elaboran las autoinstrucciones. El peso interdialítico fue de 2.500 kg.

Se identifican los días en que se facilita al paciente su adhesión a las recomendaciones de consumo de líquidos, siendo menos frecuente su realización en los días que asiste por la mañana y tarde al tianguis donde trabaja, así como

los domingos cuando convive con su hija. Por ello y a petición del paciente, se establece mantener como objetivo 4 días de ingesta controlada de líquidos.

Se acuerda la sesión en dos semanas.

Sesión 9.

Se registra los 4 días por semana la ingesta indicada de líquidos, se refuerzan conductas alternas y la elaboración de autoinstrucciones. El peso interdialítico se mantuvo en 2.500 kg.

Se retroalimenta y evidencia los logros obtenidos durante estas sesiones, se establece la próxima sesión en dos semanas. Se elimina el registro semanal.

Sesión 10.

El paciente refiere mantener el objetivo acordado y su peso interdialítico se mantuvo en 2.500 kg. Se retroalimentan los objetivos alcanzados y se finaliza la intervención enfocada a la adhesión a ingesta de líquidos.

ANEXO 4.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



ENTREVISTA A CUIDADOR PRIMARIO

Fecha:

1) Ficha de identificación **CUIDADOR**:

Nombre:		
Escolaridad:	Ocupación:	Edad:
Estado civil:	Parentesco con paciente receptor de cuidado:	

2. ¿Desde hace cuánto tiempo usted es cuidador de su familiar/paciente?

3. ¿Por qué usted cuida de su familiar/paciente?

4. ¿Recibe apoyo para cuidar de su familiar/paciente?

5. Si contestó **SI** a la pregunta anterior ¿quién y cómo le apoyan?

6. En la escala del 1 al 10, ¿qué tanto depende su familiar de usted? Tache el número elegido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente Dependiente					Totalmente Independiente				

7. En los últimos seis meses ¿cómo considera la salud de su familiar/paciente? Tache su elección.

Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

8. ¿Cuál es su principal preocupación relacionada con el cuidado de su familiar/paciente? Puede mencionar más de una.

9. ¿Cuántas horas al día dedica en cada actividad ayudando a su familia/paciente?

Actividades o Tareas de Cuidado	Horas al día
• Apoyarlo en su higiene: bañarlo, vestirlo, peinarlo	
• Prepararle alimentos o dieta del paciente.	
• Alimentarlo/a	
• Lavar la ropa, utensilios o el espacio del paciente	
• Darle medicamentos.	
• Atender sus malestares.	
• Realizar curaciones u otras indicaciones médicas	
• Acompañarlo a citas médica, hospitalización, estudios de laboratorio o sesiones de tratamiento.	
• Brindarle compañía o vigilancia	
• Transportarlo	
• Realizar pagos y trámites administrativos	

Actividades o Tareas de Cuidado	Horas al día
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="220 310 1024 384">• Escuchar y atender sus preocupaciones, sentimientos y/o planes. 	

10) Ficha de identificación **PACIENTE RECEPTOR DE CUIDADO.**

Nombre:	Edad:
Diagnóstico, tipo y tiempo en tratamiento:	

ANEXO 5.

Taller dirigido a cuidadores primarios de pacientes hematológicos.

Fecha y horario: miércoles 15 de Agosto, 12:00.

<p>Tema: Cómo resolver los problemas con mi paciente hospitalizado. Objetivo general: Los cuidadores primarios, utilizarán estrategias en solución de problemas para resolver dificultades con su paciente hospitalizado.</p>			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Apertura de taller	Se brindará la bienvenida al taller y se reforzará su asistencia.	-----	5 min
Orientación hacia el problema	Se enlistar los problemas más frecuentes con pacientes hospitalizados, reconociendo a los problemas como normales e inevitables.	Plumón y pizarrón.	10 min
Definición y formulación del problema	Se proporcionará una hoja y una pluma a cada familiar donde escribirán el problema más complicado que haya experimentado con su paciente en hospitalización. Se elegirán 3 problemas de forma aleatoria para ser comentados en el grupo.	Papel y pluma	15 min.
Generación de alternativas	Se pedirá una lluvia de ideas sobre las posibles soluciones del problema. Se mencionará los principios de cantidad, aplazamiento y de variedad, para el ejercicio de lluvia de ideas. Todas las ideas serán escritas por los pacientes	Papel y pluma	20 min.
Toma de decisión	Se enlistarán los resultados anticipatorios (consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo) de las soluciones en el pizarrón. Después se anotará un punto positivo a las consecuencias positivas y un punto negativo a las consecuencias negativas. Los pacientes elegirán que solución sería la más adecuada	Plumón y pizarrón	25 min.
Puesta en práctica	Se pedirá a los familiares que identifiquen y mencionen los principales obstáculos de la solución elegida. Se explicará que los resultados no son los esperados y que puede utilizar los pasos anteriores para encontrar una nueva solución.	-----	15 min.
Cierre	Se resolverán dudas y se agradecerá su participación	-----	10 min

ANEXO 6.

Modelo A B C

A: SITUACIÓN	B: PENSAMIENTO	C: CONSECUENCIA
Ser diagnosticado con una enfermedad renal	<p>Autocríticas: Seré una carga, tuve que cuidarme mucho más, todo es mi culpa, nadie me va a querer enfermo, se van a burlar de mi apariencia.</p> <p>Exigencias: No debería estar enfermo, no tengo que sufrir una enfermedad, no lo podré soportar, tengo que estar sano, no podré seguir la dieta.</p> <p>Reproches: ¿Porque a mí?, el médico hizo mal su trabajo, hice algo malo y por eso estoy pagando.</p> <p>Generalizar: Todo me sale mal, siempre me pasan cosas malas, nunca podré estar bien.</p>	<p>Emoción: Ansiedad, depresión, enojo.</p> <p>Conducta: Llanto, aislamiento, rechazar tratamiento, ofensas.</p>
	<p>Preferencia: No quisiera tener esta enfermedad, pero ya ocurrió. Preferiría haberme cuidado sin embargo tengo otra oportunidad de hacerlo.</p> <p>No me gusta la enfermedad, pero lo puedo soportar y no me limita para poder ser feliz.</p> <p>Me gustaría poder hacer todas mis cosas, aunque tampoco es tan malo pedir ayuda a los demás.</p>	<p>Emoción: Tristeza y frustración adecuada.</p> <p>Conducta: Buscar alternativas, seguir realizando actividades cotidiana y recreativas, convivencia con la familia. Cuidar tu salud.</p>
Ejercicio:		

A: SITUACIÓN	B: PENSAMIENTO	C: CONSECUENCIA
Ejercicio:		
Ejercicio:		
Ejercicio:		
Ejercicio:		

ANEXO 7.

MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTO.

Lo que piensa una persona incide de forma directa en sus emociones y conductas, por ello es muy importante aprender a conocer nuestro pensamiento.

Pero ¿qué es un pensamiento? Es un diálogo interno, es decir lo que nosotros mismos nos decimos, incluye las creencias, interpretaciones, atribuciones y expectativas que hacemos de todos los acontecimientos que pasan en nuestras vidas. Es importante reconocer que en todo momento estamos pensando aunque no seamos conscientes de ello.

Podemos dividir de manera general estos pensamientos entre **disfuncionales** y **funcionales**. Los primeros DISTORSIONAN la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar alteraciones emocionales: ansiedad, tristeza, miedo, desesperanza o enojo. Los segundos son REALISTAS, facilitan la consecución de los objetivos y originan estabilidad emocional.

Afortunadamente los pensamientos los podemos modificar a nuestro favor, es decir pasar de pensamientos disfuncionales a pensamientos más funcionales y sentirnos mucho mejor.

Lo primero que necesitas hacer es identificar qué tipos de pensamientos tienes ante una situación específica por ejemplo en éste momento:

Después ubícalo dentro de las siguientes categorías:

Disfuncionales si se parecen a los siguientes:

Autocríticas: *Seré una carga, tuve que cuidarme mucho más, todo es mi culpa, nadie me va a querer enfermo, se van a burlar de mi apariencia.*

Exigencias: *No debería estar enfermo, no tengo que sufrir una enfermedad, no lo podré soportar, tengo que estar sano, no podré seguir la dieta ni los cuidados. Me deben de cuidar al extremo o falleceré. Todos me tienen que atender inmediatamente.*

Reproches: *¿Porque a mí?, el médico hizo mal su trabajo, hice algo malo y por eso estoy pagando.*

Generalizar: *Todo me sale mal, siempre me pasan cosas malas, nunca podré estar bien, nadie entiende por lo que estoy pasando, dependeré de los demás para hacer todo.*

O funcionales si se parecen a estos:

Preferencia: *No quisiera tener esta enfermedad, pero ya ocurrió y puedo aprender los cuidados necesarios. Preferiría haberme cuidado sin embargo tengo otra oportunidad de hacerlo. No me gusta la enfermedad, pero lo puedo soportar y no me limita para poder ser feliz. Me gustaría poder hacer todas mis cosas como antes, aunque tampoco es tan malo pedir ayuda a los demás. No podré hacer las cosas como antes pero puedo esforzarme para lograrlas.*

Si tus pensamientos se parecen a la segunda categoría, es un avance en el proceso de adaptación a la enfermedad, poco a poco estos pensamientos generan que sientas más tranquilo y comprometido con tu cuidado, recuerda no mentirte ni sólo pensar en los beneficios del tratamiento.

En cambio si tus pensamientos se parecen a la primera categoría, no te preocupes, tiene la oportunidad de modificarlos y sentirte mejor respondiendo las siguientes preguntas:

- ¿En verdad es cierto lo que estoy pensando?, ¿Qué cosas lo confirman?, ¿Dónde está la evidencia?
- ¿Me hace falta información?

- ¿Mi interpretación es parcial?, ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos pensamientos?
- ¿Exagero las cosas o me estoy victimizando?
- ¿Es insoportable esta situación o sólo desagradable?, ¿Puedes tolerarla?
- ¿Me responsabilizo en exceso?
- ¿Me ayuda a sentirme mejor pensar de esta forma?

- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?

Escribe tus respuestas y analízalas. Esas nuevas respuestas forman parte de pensamientos más funcionales. Ahora agrega una frase que incluya una preferencia (pensamiento funcional) y el grado en que estás de acuerdo con dicho pensamiento de un 0 al 100% (0=nada de acuerdo y 100 totalmente de acuerdo).

-

-

-

-

-

Poco a poco estarás más a favor de estos pensamientos y también te sentirás más tranquilo, utiliza las preguntas descritas en este folleto y la siguiente tabla para modificar tu pensamiento cuando experimentes: ansiedad, tristeza, miedo, desesperanza, enojo, preocupación o culpa. Adelante.

Emoción inicial: _____

Intensidad: 0% _____ 100%

Situación	Pensamientos iniciales	Pensamientos finales
(Describe lo sucedido)	Anota tus pensamientos e identifica si son funcionales o disfuncionales	Escribe tus respuestas a las preguntas del folleto, incluyendo una frase de preferencia y el grado en que estás de acuerdo con dicho pensamiento.

Emoción final: _____

Intensidad: 0% _____ 100%

Día: _____.

Emoción inicial: _____

Intensidad: 0% _____ 100%

Situación	Pensamientos	Pensamientos finales

Emoción final: _____

Intensidad: 0% _____ 100%

Día: _____.