



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO
NIVEL**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE:**

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA RAUL QUIROZ DIAZ

DIRECTORA DEL IPSS:

DRA. MARIA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ

JURADO

GONZALEZ OVILLA ESTHER

GERMAN ALVAREZ DIAZ DE LEON

SANTA MARÍA CHÁVEZ PAULA

ROMERO GARCIA GABRIELA

Ciudad Universitaria, CDMX 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Todo es señal y enseñanza para el que sea capaz de despertar

Jacobo Ginberg Zilverbaum

"Parte de la curación está en la voluntad de sanar"

Seneca

Agradecimientos:

A mi madre quien es mi ejemplo de vigor y ánimo para la superación personal.

A mi padre quien es mi ejemplo de trabajar duro por lo que quieres.

Ambos fuente de mi personalidad gracias.

A mis hermanos que son mis amigos más cercanos

A la Dra. Maricarmen Montenegro por su apoyo y enseñanza

A mis revisores por su excelente asesoría y apoyo

Al Dr. Jacobo Ginberg Zilverbaum quien con sus libros motivo mi deseo por estudiar la mente y el comportamiento humano

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1 Contexto Institucional	8
Capítulo 2 Las Enfermedades Crónicas	16
Capítulo 3 Actividades realizadas en el servicio social descripción general	47
Conclusiones	71
Referencias	74

RESUMEN

Un nivel de atención a la salud es un conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad diferentes, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. (OMS 2015).

Específicamente el segundo nivel de atención se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales se brindaran mediante acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias, dadas estas características ambulatorias y de hospitalización muchos de los pacientes atendidos en el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro sufren de patologías de orden crónico degenerativo principalmente: Diabetes Mellitus, Hipertensión e Insuficiencia Renal estos pacientes comprendidos en un rango de edad muy amplio son atendidos además por el servicio de Psicología donde realice el servicio social, con la intención de mejorar el apego al tratamiento y atender las implicaciones psicológicas relacionadas al padecimiento. Por lo que en el presente informe se hace una descripción de las actividades realizadas y un marco teórico sobre el abordaje desde el consultorio psicológico a las necesidades de pacientes crónico degenerativos.

Palabras clave: Psicología, Salud, Enfermedad crónica, atención

INTRODUCCIÓN

El servicio social permite al estudiante de psicología adquirir habilidades y destrezas necesarias dentro de su formación curricular en el caso de la psicología clínica el contar con la posibilidad de trabajar directamente bajo la supervisión de psicólogos especialistas y con años de experiencia en el campo permite que los conocimientos teóricos puedan ser aplicados y enfrentados a la realidad social, económica e institucional del país además de ser un medio de acercamiento al mundo laboral y la forma estipulada para aportar a la sociedad enriquece al prestador por el contacto con sujetos de atención psicológica en los distintos métodos, alcances y necesidades de la clínica en México.

El comportamiento ético del profesional en la psicología debe ser base fundamental para el desarrollo de la disciplina y el servicio social en el área clínica brinda la oportunidad de actuar de manera ética y moral ante el compromiso de trabajo directo con pacientes, también legalmente el servicio social cumple con la ley reglamentaria relativa al ejercicio de las profesiones que estipula que todos los estudiantes de las profesiones deberán prestar servicio social en términos establecidos por la ley en interés de la sociedad y del estado.

Bajo el entendido del significado social, legal y académico el programa de Servicio Social "Psicología Clínica y Salud" a cargo de la Mtra. Lilia Joya Laureano y supervisado directamente por la Mtra. Wendy de las Mercedes Lara Olguín, es un programa que ofrece la oportunidad de utilizar las herramientas y conocimientos adquiridos durante la formación del licenciado en psicología este programa fue desarrollado pensando en capacitar a los alumnos y promover su desarrollo en competencias clínicas.

La demanda de atención psicológica con la que cuenta el instituto ofrece la oportunidad y el reto al estudiante de contar con una gran población derechohabiente que solicita la atención clínica además de mecanismos de interconsulta y referencia de pacientes en trabajo interdisciplinario.

El trabajo en salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos debido a ello brindar atención a la salud mental dentro de una de las más grandes instituciones de salud del país y en un hospital de segundo nivel presenta dificultades como la los tiempos restringidos para cada paciente y la diversidad de problemáticas por lo cual el prestador de servicio social debe ser flexible a los métodos requeridos y mantener un aprendizaje constante para ser capaz de atender con calidad a esta diversidad.

Ante lo dicho se hace necesario que el alumno pueda plasmar de una manera objetiva sus conocimientos y habilidades desarrollados a fin de mostrar su trabajo y profesionalización, es por ello que en el presente escrito se plantea realizar el informe profesional de las actividades realizadas en el servicio social como una opción para obtener el título de licenciado en psicología.

Por una parte, explicando a detalle las actividades desempeñadas que permiten la adquisición de habilidades clínicas y por otra informando sobre la necesidad a nivel nacional retratada en el caso de la institución donde se realizó el servicio, de brindar atención y acompañamiento desde el área de psicología a pacientes con enfermedades crónico degenerativas y sus cuidadores.

Dada la diversidad de pacientes y necesidades atendidas en el ámbito hospitalario por parte del psicólogo clínico he decidido enfocar el marco teórico del presente informe en las atenciones brindadas a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que son de alta prevalencia en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro y como veremos en el marco teórico son un foco de atención a nivel mundial epidemiológicamente entre los cuales se cuentan pacientes con diabetes mellitus, hipertensión e insuficiencia renal.

CAPÍTULO 1

Contexto institucional

El ISSSTE es una dependencia gubernamental fundado en el año de 1959 ante la reforma del artículo 123 constitucional en materia de seguridad social para los trabajadores del estado. Desde su fundación a la fecha su desempeño en la calidad de la atención ha llegado a expandirse y lograr asistir a más de un millón de personas por año es una organización gubernamental de México que administra parte del cuidado de la salud y seguridad social, ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y la muerte. A diferencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que cubre a los trabajadores en el sector privado, el ISSSTE se encarga de brindar beneficios sociales para los trabajadores del gobierno federal (ISSSTE, 2010).

Desde su entrada en operación en 1960, el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha desempeñado un papel estratégico en la conformación de un sistema de protección social en favor de los trabajadores al servicio del Estado mexicano.

El ISSSTE ha atravesado por distintas etapas a lo largo de su historia, que lo han llevado a desarrollar un papel determinante como instrumento de la política social del Gobierno de la República.

De acuerdo a su Anuario Estadístico 2013, al cierre de diciembre de 2012, brindaba cobertura a más de 12.4 millones de derechohabientes entre trabajadores en activo, jubilados, pensionados y sus familiares, lo que representó alrededor del 11 por ciento de los mexicanos. En dicho período, contaba con poco más de 870 mil pensionados o jubilados, de los cuales alrededor del 16.1 por ciento tenían edades superiores a los 60 años.

En 2007, se reformó la Ley del ISSSTE para modificar el esquema pensionario y poder transitar de un sistema de reparto a uno nuevo de capitalización con

cuentas individuales, a través del cual se buscó sanear parcialmente la difícil situación financiera del Instituto.

En el marco de la nueva Ley, el régimen obligatorio descansa en dos pilares: la seguridad social (seguros) y las prestaciones y servicios (beneficios sociales) para su población amparada. En conjunto, la cobertura institucional del ISSSTE abarca 21 seguros, prestaciones y servicios, como lo establecen los artículos 3o. y 4o. de su Ley.

Teniendo como misión principal "contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia". Por otra parte, la misión es "Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia. (ISSSTE, 2010)".

Es así que el ISSSTE, representa una de las instituciones más importantes del país en lo que respecta al bienestar social de los trabajadores, pero lo que nos compete es el área de la salud ya que el bienestar de la sociedad también se enfoca a la salud física y psicológica. De ahí la importancia de que en el ámbito hospitalario se cuente con servicios de salud mental. Cabe tomar en cuenta que la demanda de la institución quizá sobrepase su capacidad así que desarrollar servicios eficaces y de calidad es de vital importancia.

En la visión de una sociedad de derechos y libertades, la salud es una condición esencial en el desarrollo integral de las personas a lo largo de todo el ciclo de vida. Forma parte del capital humano para permitir a cualquier individuo, con

independencia de su condición social, de género, económica o laboral, desarrollar todo su potencial y acceder a los mayores niveles de bienestar social.

La Constitución Política, en su artículo 4o., establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En términos formales, México está considerado entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayor cobertura en los servicios primarios de salud (atención hospitalaria especializada, atención médica ambulatoria, estudios de laboratorio e imagenología, fisioterapia, medicamentos y cuidado dental) al 100 por ciento de su costo.

En términos reales, el acceso efectivo y garantizado a servicios de salud con calidad y calidez es todo un desafío, ya que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra fragmentado en múltiples subsistemas, que ofrecen derechos y servicios diferenciados a diversos grupos de la población. Además, las brechas sociales mantienen patrones de exclusión, ya que, como ejemplo, en 2012 uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud.

A ello hay que agregar la transición demográfica del país que tiende al envejecimiento de la población nacional, como resultado del aumento en la esperanza de vida (74.2 años en 2012) y de la disminución de la tasa bruta de natalidad (2.2 hijos por mujer en 2012), de acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO). La incorporación creciente de la mujer a la actividad laboral es otro elemento que cobra relevancia en el SNS. De acuerdo con el Censo Económico 2009 del INEGI, la participación de la mujer representó el 40 por ciento de la fuerza laboral, mientras que en 1980 fue alrededor de 20 por ciento.

Este conjunto de cambios sociales, junto con estilos de vida poco saludables, han provocado una transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles (enfermedades crónico-degenerativas), con un alto impacto financiero en las instituciones de salud, ya que requieren atención médica

especializada, períodos de hospitalización prolongados y tratamientos terapéuticos más costosos.(ISSSTE, 2014).

Integración del Instituto y la Facultad de Psicología UNAM mediante el servicio social

En cuanto al programa de servicio social, este se encuentra inserto en una de las dependencias del ISSSTE, el H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro", que teniendo ya 35 años de haberse fundado se caracteriza por los valores que rigen al ISSSTE como institución, impulsando a su personal a generar un servicio de calidad y generar aportaciones para el cuidado y atención de la salud.

Es en esta instancia, en el área de pediatría en donde se encuentra el único servicio de psicología del hospital y que en principio estaba enfocado a tratar pacientes pediátricos, especialmente a los enviados del área de nefropediatría, sin embargo, a la fecha se cuenta con dos psicólogos que atienden a pacientes derivados de otras áreas tales como:

- Psiquiatría
- Neurología
- Consulta Externa
- Medicina Interna
- Nefrología
- Urgencias adultos
- Urgencias pediatría
- Cirugía Mixta

Además de pacientes adultos adolescentes y pediátricos con insuficiencia renal crónico terminal, lo que enriquece el servicio y por ende el aprendizaje de los alumnos. Dicho servicio es coordinado por la Maestra Wendy de las Mercedes Lara Olgún quien es psicóloga clínica egresada de la Facultad de Psicología UNAM y cuenta con una Maestría en Psicoterapia Infantil.

El ISSSTE es al igual que la totalidad del sistema de salud una de las instituciones que se caracteriza por su creciente demanda, contando actualmente con 1, 192 unidades médicas, que incluyen tanto clínicas de medicina familiar, así como hospitales generales. En el año 2009 se proporcionaron aproximadamente 24, 825, 384 consultas a fin de brindar atención a 1, 143, 024 usuarios activos afiliados. Tomando en consideración que para el 2009 se contaba con 19,132 médicos y que la mayoría del personal médico especializado se encuentra en el Distrito Federal, la demanda del ISSSTE en el Distrito es mucho mayor que la de otras entidades federativas (ISSSTE, 2009. Citado en Sepúlveda, 2012). Estas cifras citadas nos dan una idea por una parte de la importancia de dicha institución y a su vez de lo mucho que sobrepasa la demanda la capacidad de la institución; ante esto se hace necesario para la institución desarrollar herramientas que le permitan afrontar y dar un servicio de calidad, no solo en el ámbito médico, si no también asistencial, administrativo y por supuesto psicológico.

Visión, misión y objetivos institucionales

El ISSSTE ha establecido su visión a largo plazo y considera los atributos y características que se desean lograr, tomando como horizonte el año de 2030. En este sentido, al término de ese lapso se logrará:

Visión: Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias, de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

Misión: Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

Objetivos Institucionales al. El ISSSTE cuenta con el Programa Institucional para el periodo que busca instrumentar las políticas públicas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, considerando las demandas y expectativas de sus derechohabientes y de otros sectores sociales que directa o indirectamente se vinculan con su quehacer. El Programa Institucional se conforma por seis capítulos y un anexo; además establece 12 objetivos institucionales, con sus respectivas metas de resultados anualizados e indicadores que permitirán dar seguimiento a los avances, ayudando a lograr la visión propuesta para el año 2030 y concretar la misión que tiene establecida.(administracion, 2010).

Es en este marco institucional y de cooperación que el programa de servicio social que lleva el nombre de "Psicología Clínica y Salud" se lleva a cabo en el Hospital

General "Dr. Darío Fernández Fierro" que es una dependencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el área de Psicología.

A través del programa tanto la Mtra. Lilia Joya Laureano (responsable del programa en la Facultad de Psicología), así como la Mtra. Wendy de las Mercedes Lara Olguín (Supervisora directa) buscaron desarrollar un programa integral que por una parte de la oportunidad a los estudiantes de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el aula para poder aplicarlos en un escenario real, adquirir nuevos conocimientos, así como devolver a la sociedad un poco de lo que la misma ha otorgado, a través del servicio social del alumno..

Los objetivos buscados y programados para el servicio social en psicología dentro del ISSSTE son brindar a los alumnos un primer acercamiento a la clínica y a el trabajo directo y real con pacientes objetivos que deberán ser cubiertos por el prestador de servicio y los responsables directos y supervisores durante el tiempo que se realiza la práctica tomando en cuenta las actividades marcadas a realizar entre las que se encuentran:

- Aplicación de pruebas psicológicas
- Entrevista a familiares y cuidadores
- Entrevista a paciente en consulta externa
- Entrevista a paciente hospitalizado
- Interpretación de pruebas psicológicas
- Integración de estudios y reporte psicológico
- Investigación y participación en actividades interdisciplinarias

Por lo que se espera que los alumnos tengan la oportunidad de practicar los conocimientos teóricos y las habilidades en el ámbito real del ejercicio profesional del psicólogo clínico apoyando en su profesionalización.

OBJETIVO PERSONAL

Fortalecer la experiencia adquirida a través del servicio social pues esto permite a través de un análisis teórico técnico y metodológico de actividades realizadas en un escenario real Así mismo realizar un informe profesional me permite como psicólogo respaldar y resignificar el aprendizaje obtenido dejando huella de la influencia de las bases teóricas conjugadas y aplicadas en la práctica, así como los retos que supone el ejercicio de la psicología en un hospital de segundo nivel de atención..

OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El presente informe tiene como objetivo dejar constancia de la necesidad de atención psicológica dentro los hospitales generales, con la intención de que la actividad del psicólogo sea vista de manera objetiva como un punto de fortaleza para las instituciones de salud, pues una correcta intervención desde el consultorio psicológico en los pacientes con padecimientos crónicos puede mejorar psicosocial y físicamente la forma en que se enfrenta la enfermedad así como mejorar el apego al tratamiento y la actitud con que el paciente enfrenta su enfermedad, las actividades realizadas se graban en este informe con el objetivo de ofrecer una perspectiva de las posibilidades de acción del psicólogo en el ámbito de la salud.

CAPÍTULO 2

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Si durante la noche otro mundo penetra en aquel que normalmente vivimos le llamamos sueño, cuando entra a la luz del día solemos llamarle enfermedad (Shuman , 1996)

En el presente capítulo se abordará la enfermedad crónica como problemática mundial describiendo las implicaciones físicas y psicológicas que afectan al individuo, sus cuidadores y al sistema de salud nacional ante un panorama epidemiológico poco halagüeño. También se hará énfasis en los tres cuadros que representan la mayor prevalencia dentro del hospital Dr. Darío Fernández Fierro sede del servicio social en psicología y se concluirá con la actitud del paciente ante la enfermedad suceso cargado de significado psicológico, significado que aunado al hecho de que la enfermedad crónica no es curable genera expectativas pobres y desesperanza que afectan el apego al tratamiento en los pacientes.

Para concluir este capítulo se incluye un apartado sobre el papel de los cuidadores primarios que según una pequeña encuesta que se realizó en el mismo hospital por un servidor dentro del hospital en cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica son en su mayor caso madres y esposas por lo que también hablare sobre las dificultades que estos experimentan así como el desgaste que sufren al brindar cuidados a sus familiares este tema se verá reforzado en el capítulo tres como parte de las actividades descritas que incluyen la evaluación de desgaste en cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal crónica realizada.

Conceptuando la enfermedad crónico degenerativa

Una enfermedad crónica es aquella en la que los síntomas de la persona se prolongan a largo plazo de manera que perjudican su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinas normales, su tratamiento médico suele tener una eficiencia limitada y contribuye a veces al malestar físico y psicológico de las personas y sus familias. La enfermedad crónica hace impacto típicamente en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y espacio, su capacidad para predecir el curso de los acontecimientos en su vida y sus sentimientos de motivación y dominio personal (Shuman , 1996).

A partir de los años 70's el perfil epidemiológico sufre una transición aminorando las enfermedades infecciosas y parasitarias y dando paso a las enfermedades crónicas degenerativas, esta transición tiene una estrecha relación con el ambiente, la estructura social, económica, cultural y demográfica.

El pasó del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias propias de las poblaciones rurales , a las enfermedades crónico degenerativas propias de las poblaciones altamente urbanizadas o modernizadas es descrito profusamente, presentado como una tendencia inexorable a nivel mundial(Villasana Lopes, 2007).

En la actualidad existe un incremento en la esperanza de vida frente a la baja tasa de mortalidad infantil logra que las poblaciones sean mayores y que requieran de un estilo de vida nuevo y presuroso en medio de una cantidad cada vez mayor de competencia laboral y social entramos entonces en una época y un panorama en el que las Enfermedades no Transmisibles son la principal causa de muerte (Omran, 1971). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012).

Las enfermedades crónicas son impulsadas por factores propios del hacinamiento en las ciudades y hábitos alimenticios deficientes además de comida de baja calidad y sedentarismo.

El paciente crónico degenerativo según la definición de la OMS es aquel que tiene una enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta, esta definición encierra fenómenos psicológicos que el paciente percibirá, dados los cambios que requiere a nivel estilo de vida para mantener una mediana calidad y autonomía y lo que esto implica a nivel de capacidad de toma de decisiones y apego a los tratamientos prescritos.

Dos acontecimientos fundamentales para dar forma a la experiencia de enfermedad son la decisión de buscar ayuda y la recepción de un diagnóstico, que una persona decida o no ir a un médico depende del significado que el dolor y la aflicción tenga para ella y su familia. La experiencia pasada, el nivel de bienestar, el coste y la accesibilidad de asistencia son otras variable importantes que influyen el a entrada de las personas a los entornos médicos(Shuman , 1996).

El paciente acude en busca de curación de un restablecimiento de su estado de salud "habitual" el grado de salud que le permite funcionar con normalidad ser autosuficiente e incluso ser un proveedor para su familia en determinados sentidos, esa es la expectativa del paciente al acudir en busca de ayuda sin embargo debido a la progresiva presencia de las enfermedades crónico degenerativas, este paciente se enfrenta al hecho de que el personal de salud solo puede atenuar los síntomas y trabajar en conjunto con el paciente durante el resto de su vida para mantener contenido el avance de la enfermedad sin lograr con ello curación alguna.

En este punto podemos hablar además de la entrada a los entornos médicos y asistenciales el proceso que vive el paciente al ingresar a un centro hospitalario y muchas veces ser catalogado con un número o bien con una etiqueta universal de enfermo que en definitiva causa pánico en la persona de entrada ya despojada de sus ropas y posteriormente de su personalidad si la estancia se prolonga quizá

también de su dignidad y esto no lo digo en son de queja contra el sistema de salud sino como una realidad que el paciente experimenta al ver transformada su autonomía y personalidad , incluso de pasar de ser el proveedor a ser el, objeto de una relación de necesidad de cuidado.

La psicología de la salud se ocupa de intervenir en muchos casos sobre el ajuste y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas y es por ello que esta disciplina resulta de alto valor para los pacientes crónicos y sus familias.

Panorama general y epidemiológico

El fenómeno de las enfermedades infecto contagiosas que azotaban amplias poblaciones a nivel mundial dejando minadas las poblaciones y causando innumerables muertes infantiles causadas principalmente por microorganismos patógenos como bacterias, virus, parásitos y hongos gracias a el avance medico ha disminuido a nivel mundial, las vacunas y sanitizacion así como métodos modernos en la atención médica y estilos de vida han contribuido a que se vea aminorada su incidencia pues si bien aún son un problema con el cual la población mundial ha de tratar su lugar como principal causa de solicitud de los servicios de salud lo han ocupado enfermedades diferentes y que han sido clasificadas como crónico degenerativas(OMS, 2015).

Las enfermedades crónicas degenerativas no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Datos y cifras

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 38 millones de personas cada año.

- Casi el 75% de las defunciones por ENT -28 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios.
- 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones¹).
- Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 82% de las muertes por ENT.
- El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

Datos obtenidos en (OMS, 2015).

Las enfermedades crónicas degenerativas afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por ENT, 28 millones.(OMS, 2015).

La enfermedad crónica arrastra tras de sí una huella psicosocial que los profesionales de la salud deben rastrear para ofrecer intervención desde diferentes frentes a quienes padecen estas enfermedades.

Me parece importante citar una noticia de la revista especializada *Forbes México* en especial su título que dice: Las enfermedades que condenan a los mexicanos a ser pobres en la vejez y en este título, noticia aparte, podemos reflexionar en el impacto económico y psicosocial que la enfermedad crónica tiene en quien la padece y de hecho la noticia cita a estas enfermedades como problemas que agudizan la falta de recursos económicos en la población Mexicana.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía para 2050 el sector de la población más numeroso en México serán las personas mayores de 60 años. En general, 8 de cada 10 viven en situación de pobreza, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

Además, la expectativa de vida en el mundo aumentó a 75 años, debido a los avances médicos y el cuidado de la salud. Esto podría representar un problema para los adultos mayores que no cuenten con recursos para costear su vejez y al mismo tiempo sufran de enfermedades crónico-degenerativas.(INEGI, 2014).

En cuanto a las principales causas de muerte el mismo INEGI en el año 2014 pública la siguiente tabla

Tabla 1 Principales causas de muerte en México

Principales causas	Defunciones
Total	633641
Enfermedades del corazón ^a	121427
Enfermedades isquémicas del corazón	82334
Diabetes mellitus	94029
Tumores malignos	77091
Accidentes	35815
De tráfico de vehículos de motor	15882
Enfermedades del hígado	34444
Enfermedad alcohólica del hígado	11411
Enfermedades cerebrovasculares	33166

Influenza y neumonía	20550
Agresiones	20010
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	19715
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^b	13089
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	5800
Insuficiencia renal	12788
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9569
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7300
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6337
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5060
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4811
Septicemia	3805
Anemias	3640
Enfermedades infecciosas intestinales	3449
Síndrome de dependencia del alcohol	3361
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10583
Las demás causas	93602

Fuente (INEGI, 2014).

Una vez más ocupando las enfermedades crónicas los primeros sitios por lo que es importante fijar la atención de ciencias como la psicología entre muchas más en este fenómeno que requiere atención desde todos los frentes posibles.

Un caso que ilustra ampliamente el fenómeno epidemiológico de las enfermedades crónicas es la Diabetes Mellitus ya que en México, cada año mueren 74 mil personas a consecuencia de la diabetes mellitus y sus complicaciones; hoy en día, el 68 por ciento de la población mayor de 20 años tiene sobrepeso y obesidad y estos dos factores constituyen un grave riesgo para desarrollar diabetes, padecimiento que se mantiene como primera causa de muerte a nivel nacional.(INEGI, 2014).

En cuanto a la Hipertensión Arterial es de las enfermedades que mayor número de casos presenta a nivel mundial. En México, más de 15 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años se conocen hipertensos, mientras que en los hombres mayores de 60 años, la hipertensión arterial se llega a presentar hasta en un 50% de ellos.(INEGI, 2014).

Implicación psicológica y social de las enfermedades crónicas

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, esto genera en el individuo dificultad de orden psicológico por enfrentarse al proceso de su enfermedad desde el diagnóstico pasando por el apego al tratamiento, la aceptación de los cambios en su vida y papel en la familia y por supuesto el acompañamiento hasta el desenlace final de la enfermedad que es la muerte.(Castilla 2008)

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Burish y Bradley, 1983 citados por Gil-Roales, 2004). Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas.

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado de apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo. (Vinaccia ,2005).

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual:

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.

El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. (Pineda, 2001).

La enfermedad en si como ya hemos visto tiene implicaciones psicológicas frecuentes que deben ser valoradas ya bordadas por el profesional y en el caso de las enfermedades crónicas el acompañamiento e información que el psicólogo puede aportar al paciente le ayudara a enfrentarse a los cambios psicicos y de conducta que se esperan de el ante su enfermedad y tratamiento.

El aspecto cognitivo de los pacientes con enfermedades crónicas también se ve amenazado pues estos pacientes no pueden sanar de su enfermedad y al menos en el caso de las tres enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro existen complicaciones que a corto o largo plazo pueden causar deterioro cognitivo y funcional al paciente.

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas a corto o largo plazo requieren del apoyo de algún cuidador ya sea para labores complejas o simples y en el caso de pacientes ancianos esto se agrava, las características del deterioro neuropsicológico normal se ven sobrepasadas debido a complicaciones en la enfermedad crónica.

Enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y la insuficiencia renal crónica si no son atendidas de manera correcta colocan al paciente en situación de riesgo no solo para sufrir problemas emocionales sino también un deterioro cognitivo y de funcionalidad.

Reacciones del ser humano ante la pérdida de la salud.

Quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica (diabetes, cáncer, artritis, insuficiencia renal, etc.) experimentan diversos problemas, uno de ellos relacionado directamente con la enfermedad: como el dolor físico, cansancio, disminución o pérdida en las capacidades motrices, cambios metabólicos, cambios en el aspecto físico, entre otros. Algunos aspectos psicológicos son: incertidumbre hacia el futuro, "amenaza de muerte", deterioro en la calidad de vida, ansiedad y depresión.

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusión sobre el área personal, familiar y social del individuo.(Pineda M , 2001).

Según Pineda (2001) en el Área Personal: el individuo presenta:

- Malestar físico y emocional.
- Cambios en los patrones de sexualidad.
- Pérdida de la independencia.
- Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
- Alteraciones en la autoimagen.
- Sentimiento de impotencia y desesperanza.
- Miedo a lo desconocido.
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

Área Familiar: se produce una pérdida del equilibrio familiar. Se manifiesta por:

- Pérdida del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.

Área Social: los problemas que surgen son:

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica el paciente entra en un proceso de duelo. El duelo es un proceso psíquico necesario y adaptativo para afrontar una pérdida significativa como la muerte de un ser querido, ruptura con la pareja o en este caso la pérdida de la salud, se caracteriza por una sensación de pérdida y mucha tristeza con poco o nulo interés en el mundo externo.

Citando textualmente de la página de la American Psychological Association observamos lo siguiente:

Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la diabetes y el SIDA hasta la artritis y el cansancio persistente. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para

los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional.

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo.

Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

Incluso la vida diaria puede resultar difícil. Un estudio realizado en pacientes con dolores de cabeza crónicos causado por tensión indicó que experimentaron un menor desempeño en sus trabajos y su en función social y que tenían una probabilidad de tres a quince veces mayor de ser diagnosticados con ansiedad o trastornos del estado de ánimo.(APA, 2016).

La incertidumbre juega un papel relevante en el desánimo de los pacientes y sus cuidadores pues el no saber cuál será el resultado de la enfermedad en lo referente a la pérdida de autonomía y más aun no saber el cuándo sucederá sin duda coloca al paciente en una situación inestable emocionalmente.

El experimentar además de un dolor y sufrimiento físico la inestabilidad que conlleva una enfermedad crónica en los ámbitos social económico y familiar provoca sin duda una carga psíquica en el individuo que lo lleva a un agotamiento emocional ante todo lo antes resumido por lo cual es importante el papel de la intervención psicológica en el ámbito de las enfermedades crónicas.

Schwartzmann definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de "estado de bienestar" (Vinaccia, 2005).

Algunos de los problemas psicológicos que desencadena la enfermedad física de larga duración como lo son las enfermedades crónicas son:

- Depresión
- Ansiedad
- Falta de apego al tratamiento
- Desgaste emocional

Entre otros, además de que en el caso del paciente hospitalizado ciertos aspectos del ambiente hospitalario pueden evocar fuertes reacciones emocionales y afectar de manera directa su estado de salud (Frank, 1998)

La salud es un bien que el hombre valora poco cuando lo tiene pero al momento de perderlo se da cuenta que vale tanto o más que lo que le queda y por ello el individuo experimenta reacciones y emociones ante la pérdida de la salud como lo exponía el Dr. Pedro Laín Altraigo en 1985:

"La salud es la sorda y básica seguridad de poder seguir viviendo, es un tácito sentimiento de "no amenaza vital", aunque este sentimiento siempre vaya unido al sentimiento de fragilidad, íntimamente arraigado a la existencia humana. El

enfermar por el contrario supone una amenaza vital. Sentirse enfermo es vivir con más o menos intensidad el riesgo de morir".(Lain Altraigo, 1985)

El enfermo ve amenazado dentro de sí la posibilidad de realizar ciertos proyectos de vida. Y si la dolencia se agrava, ve amenazada la posibilidad de seguir vivo, de seguir existiendo.

Y en ello hayamos mucha verdad pues el ser humano experimenta reacciones psicológicas ante la inseguridad de cualquier tipo de manera que la pérdida de la salud es en realidad pérdida de equilibrio autonomía y libertad aparte de los agravantes sociales que afectan la autopercepción del individuo.

El enfermar humano tiene por tanto una serie de características especiales. Para el animal la enfermedad no es más que un estímulo aversivo y una sensación de malestar originada por dicho estímulo. Para el hombre es una realidad que afronta conscientemente y ante la que tiene que situarse a tres niveles: intelectual, afectivo y operativo. (Ortego Mate , 2005).

Por el hecho de que el hombre es un ser inteligente, el estado de enfermedad aparece como un estado real de su existencia, con una entidad propia que supone un más o menos grave episodio de su autobiografía, y siempre una experiencia vital a la que desarrollara conductas de afrontamiento que pueden ser adaptativas o desadaptativas las mismas que influyen de manera directa en el resultado del tratamiento.

En el caso de las enfermedades crónicas existe el factor tiempo pero hecho permanente cuando el paciente recibe la noticia de que su enfermedad no puede ser curada y que además progresara afectándolo cada vez más la desesperanza se apodera del individuo y requiere del apoyo de la psicología de la salud para enfrentarse a los cambios que se avecinan así como para apegarse al tratamiento e impedir que la progresión se acelere.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales

ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que según el Psiquiatra Dr. Celso Iglesias García destacan:

- La personalidad del paciente,
- La edad,
- El tipo de enfermedad,
- La familia y los amigos,
- Ganancias secundarias
- El hospital
- La personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Personalidad del enfermo: – Influirá en los mecanismos de defensa que utilizará – La situación es extrema en el caso de los trastornos de personalidad • TP Límite: tendencia a los extremos emocionales (personal muy bueno o muy malo) • TP Pasivo–agresivos; personas irritables, demandantes,

Edad del paciente – Adultos jóvenes: más riesgo de reaccionar con resentimiento, incredulidad. Buscar otras opiniones. – Ancianos: aceptan mejor sus problemas médicos.

Tipo de enfermedad – Corazón: ansiedad, miedo ante la muerte – Respiratorias: estado de ansiedad aguda – Crónicas: diversas reacciones: desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

Familia y amigos – La complejidad de la dinámica familiar afectará al comportamiento del paciente.

Ganancias secundarias – La existencia de beneficios derivados de la enfermedad (baja laboral, exención de responsabilidades) puede retrasar la curación. (Iglesias Garcia , 2013).

Las reacciones además implicaran mecanismos de afrontamiento como:

- Reacciones de huida o negación: el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. El sanitario puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos periodos en los que el paciente "desaparece".
- Reacciones de agresión o rechazo activo: el enfermo crónico raramente expresa sin ambages su agresividad. Fuera de la consulta, en cambio, puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, =decirme que tengo que comer sin sal!; " es un médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina"). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". La agresividad se vehiculiza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones de= profesional de la salud (pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología).
- Reacciones de racionalización: el paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ej.: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos. (Poveda Salva , 2015).

Proceso de adaptación a la enfermedad

Para iniciar el proceso de adaptación los métodos de afrontamiento personales serán de vital importancia pues de ellos y del proceso entero de adaptación dependerá el daño que la enfermedad creará a nivel psicosocial en individuo y cuidadores. El afrontamiento se define como *"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"* (Lazarus & Folkman, 1986, 56-58)

El estudio del proceso de adaptación a una enfermedad crónica contempla al menos tres variables que interactúan entre si y que según Livneh (2001) son:

Los eventos antecedentes (variables, causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad y en términos generales las causas típicas de las condiciones crónicas incluyen:

- Predisposición genética o hereditaria
- Traumas de nacimiento
- Accidentes o lesiones
- Enfermedades y condiciones asociadas con el proceso de envejecimiento

Las variables contextuales son situaciones o eventos biológicos psicosociales o ambientales específicos presentes en el momento de la condición crónica que proveen de información para entender mejor el efecto presente y la adaptación psicosocial futura.

El proceso dinámico de adaptación por sí mismo (reacciones subsecuentes a la enfermedad crónica) Este proceso supone la existencia de una serie de reacciones progresivas e individuales que en ocasiones son seguidas por el curso clínico único para cada individuo y determinado por la interacción de variables

psicológicas, interpersonales (socioculturales) y extra personales (ambientales) como son:

- La temporalidad
- Evidencia clínica
- Conocimiento del espectro de reacciones
- El supuesto del origen de las reacciones (internas o externas)
- La anticipación de consecuencias psicosociales. (Oblitas Guadalupe , 2006)

Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS , 2008).

La intervención psicológica se ha infravalorado en México pues la realidad es que aún no se da al profesional de la psicología el sitio que debe tener justo al frente de las intervenciones en casos como el de la enfermedad crónica en los cuales debe y puede ser un agente de cambio respecto a la conducta que el paciente deberá aprender y realizar para que su enfermedad no lo lleve a grados incapacitantes o a la muerte de manera rápida o en situación crítica y con baja calidad de vida.

Sin duda alguna el psicólogo forma parte del equipo de trabajo en la atención a pacientes con enfermedades crónicas al igual que el médico, enfermería, los terapeutas físicos y el trabajador social, la necesidad de atención psicológica es vital pues la psicología es una ciencia que estudia la conducta humana y ha desarrollado métodos eficaces para adquirir modificar y eliminar conductas esto último es clave en la consecución de objetivos en el tratamiento y cambio de hábitos que causan deterioro precoz de la salud en los pacientes.

El proceso de trabajo con pacientes con enfermedades crónicas generalmente compromete un cambio de hábitos o estilo de vida en tanto que exige la adquisición de un repertorio relativamente extenso de nuevas conductas. La gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales llegando a padecer depresión ansiedad, estos problemas emocionales merecen tratamiento per se y además debido a que se relacionan con baja adherencia al tratamiento morbilidad y mortalidad del paciente (Oblitas Guadalupe , 2006).

A continuación, expongo datos de tres enfermedades crónico degenerativas que han cobrado auge a nivel mundial y en nuestro país, estas mismas son de las de mayor prevalencia en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro sede del servicio social realizado y pienso que desde una perspectiva de análisis nos sirven para ilustrar las implicaciones psicosociales que viven los pacientes y sus familias al enfrentarse este proceso crónico:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Insuficiencia Renal Crónica

Diabetes mellitus

Bajo la denominación de Diabetes Mellitus (DM) se agrupa un conjunto heterogéneo de síndromes que, englobando a diversas entidades clínicas, se caracteriza por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma, o ambos. En su etiología concurren factores genéticos y ambientales. La importancia de la diabetes como problema de salud viene determinada por el desarrollo y progresión de sus complicaciones crónicas, micro vasculares y macro vasculares, que afectan a la calidad de vida del diabético y provocan altas tasas de invalidez y muerte, y elevados costes socio sanitarios.(Alonso, 1998).

La DM es una enfermedad crónica de alta prevalencia que precisa cuidados continuados durante toda la vida del individuo, resultando imprescindible la participación activa del propio diabético en su autocuidado, y por tanto, la educación sanitaria.

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. Permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, por sus siglas en inglés) estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma. Por otro lado, a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo.

Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana)(Secretaría de salud, 2013).

La patología como tal genera daños de orden micro y macro vascular como:

- Retinopatía
- Cardiopatía
- Nefropatía
- Neuropatía
- Infarto agudo de miocardio
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad vascular periférica
- Además de trastornos del estado de ánimo y demencias

Estos daños y complicaciones conducen a una mala calidad de vida, la atención médica a logrado que la esperanza de vida aun este paciente seamayor, pero desde una perspectiva psicosocial habría que valorar que tanto la calidad de vida se ve menguada pues el paciente pasa a ser en muchos casos dependiente de los cuidados de otro entrando aquí el tema de los cuidadores primarios que sufren un desgaste que los lleva a aumentar el número de pacientes crónicos en los servicios de salud.

En México en el año 2010 un estudio de micro-costeo, reporto un gasto anual en costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) de US\$452 064 988, un costo promedio (Secretaria de salud, 2013).

Mediante un estudio de tipo transversal efectuado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por en Bogotá Colombia se observa una correlación entre una calidad de vida deteriorada principalmente en lo relacionado de la evaluación que el paciente tiene de sí mismo que corresponde con la valoración de la salud actual y las perspectivas futuras lo que implica que las personas presentan sentimientos de cansancio y agotamiento emocional y fisico(Vinaccia, 2006).

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México y condiciona una forma de envejecimiento con tendencia a perder funciones cognitivas y autonomía, un tercio de los pacientes necesita ayuda para cumplir con actividades básicas de la vida diaria y hasta casi la mitad de ellos precisa dispositivos para caminar como calzado especial, bastones, andaderas entre otros (Kalache 2002).

La diabetes mellitus en muchos casos también es factor de riesgo para padecer otras enfermedades que afectan las capacidades cognitivas del ser humano pues los enfermos presentan complicaciones macro y microvasculares, cuando no existe buen control, afecta tanto su funcionalidad física, psicológica, social y calidad de vida La valoración de calidad de vida debe formar parte del protocolo de estudio integral del paciente geriátrico, que incluya estudio demográfico, cognitivo, funcional y clínico, realizada por un especialista esta práctica ha

probado su utilidad en geriatría, ya que detecta problemas que realmente impactan al adulto mayor y que él los autopercibe. Por lo que una buena valoración subjetiva y objetiva en los adultos mayores diabéticos puede incidir a tiempo para proteger de factores de riesgo y de complicaciones de la diabetes mellitus.(Alfaro, 2006).

El adulto mayor con diabetes mellitus tiene tres veces más probabilidades de presentar deterioro cognitivo, es un predisponente para la mayor prevalencia de demencias de origen vascular y es un agente coadyuvante en otras patologías en ancianos (Palacios de la Rosa , 2006).

Hipertensión arterial

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta.

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluso:

- La cantidad de agua ingerida.
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos.
- El estado de animo
- La agitación o el ejercicio

En la mayoría de los casos, no se presentan síntomas. En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando visitan a su proveedor de atención médica o se la hacen medir en otra parte.

Debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden sufrir cardiopatía y problemas renales sin saber que tienen hipertensión arterial. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es el problema de salud pública más importante en los países desarrollados, pero también en México, debido a su alta incidencia.

En todo el mundo, ha quedado bien establecido que al menos el 33% de los pacientes con HAS no ha sido diagnosticado, por lo que los programas de salud tanto públicos como de organismos privados dedicados a la salud, tuvieron un importante retroceso, con lo que las curvas de mortalidad se aplanaron y detuvieron su tendencia favorable a disminuir y el número global de pacientes con HAS no tratada y complicaciones derivadas de ella, aumentó considerablemente.¹ Estos hechos corren en paralelo con la situación, perfectamente bien definida, de que el 95% de los pacientes con HAS no tienen una etiología conocida y caen bajo el rubro de "causa primaria",² frecuentemente asociada a obesidad, síndrome metabólico, resistencia a la insulina y tabaquismo, situaciones que incrementan el riesgo global total, del que se debe tener un concepto integral.

Esta tendencia ha sido observada también en nuestro país, asociada a un considerable cambio en el estilo de vida de los mexicanos en todas las edades,⁴ en donde no existe la cultura del ejercicio cotidiano y, en números globales, la cuarta parte de la población fuma; tenemos un consumo per cápita de 32 litros de etanol por año, uno de cada 10 mexicanos padece diabetes mellitus y el 70% padece sobrepeso u obesidad por tener muy malos hábitos nutricionales. Recordemos que hace 40 años en este país no había pizzas, salchichas ni frituras comerciales. Así, de unos 106 millones de habitantes en la actualidad, unos 15 millones de personas en edad adulta, padecen HAS o sea el 30%, porcentaje que puede llegar al 50 en pacientes en la quinta década de la vida, situación que se asocia a una mayor mortalidad de origen cardiovascular, de tal manera que en personas de más de 60 años, es la primera causa de muerte de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (Jauregui, 2008).

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral.

Dentro de las causas desencadenantes del problema que han favorecido el incremento de estas enfermedades se encuentra la magnitud de la transición demográfica que se derivó de la acelerada dinámica que tuvo la población hasta los años sesenta y actualmente en el fenómeno de envejecimiento de la población.

De igual forma la migración es otro de los grandes fenómenos globales de nuestros días que favorece el desarrollo de las enfermedades crónicas y esto obedece a motivaciones vinculadas con la búsqueda de mejores condiciones de vida, asimetrías económicas entre los estados y las naciones, la interdependencia económica y las intensas relaciones e intercambio entre estos que da como resultado la modificación en el entorno y en los estilos de vida de esta población (Secretaría de salud, 2001).

En el caso de la hipertensión arterial no por ser de avance relativamente silencioso y mostrar menor sintomatología deja de ser un camino directo hacia el deterioro cognitivo y de hecho el riesgo de sufrir un evento vascular cerebral agrava la situación del paciente crónico de manera alarmante.

En investigación realizada en la Habana Cuba por el Dr. Carlos J Finlay y sus colaboradores encontraron a la Hipertensión Arterial como primer factor de riesgo para la recurrencia de Ictus Isquémico junto con la Diabetes Mellitus y otras enfermedades de orden crónico (J.Finlay , 2008).

El más prevalente y menos controlado de los factores de riesgo vascular, afecta a todas las arterias y entre ellas a las cerebrales. Este daño, subclínico por largos períodos de tiempo, causa isquemia subcortical e "infartos silentes", comprometiendo el funcionamiento de varios dominios cognitivos y deviniendo en algunos casos en compromiso irreversible de las funciones intelectuales superiores(Vicario A. , 2010).

Los pacientes con daño vascular del cerebro y deterioro cognitivo incrementan cinco veces el riesgo de desarrollar síndromes demenciales (demencia tipo vascular o demencia tipo Alzheimer), y además son proclives a presentar trastornos anímicos (depresión). El compromiso vascular en la enfermedad de Alzheimer impacta en forma negativa sobre el pronóstico, acelerando su evolución(Vicario A. , 2010).

La mortalidad por estas enfermedades cardiovasculares gracias al avance médico ha disminuido de manera drástica sin embargo estas enfermedades aún son la segunda causa de muerte a nivel mundial (OMS) sin embargo el problema se agrava dado al envejecimiento poblacional que genera de igual manera que la diabetes mellitus e hipertensión arterial sean un riesgo en una población afectada por mala calidad de vida nutricional y un entorno estresante lo cual puede desencadenar deterioro cognitivo anormal y síndromes orgánicos a nivel cerebral.

La asociación entre el deterioro cognitivo y la hipertensión arterial es reconocida desde hace cuatro décadas. En 1971 Francés Wilkie decía: poca atención ha sido puesta en los efectos conductuales a largo plazo asociados a desórdenes hipertensivos". Este autor había observado que, evaluados mediante la Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS) luego de 10 años de seguimiento, los pacientes con hipertensión arterial mostraban más deterioro cognitivo que los controles normales (Vicario A. , 2010).

Incluso la depresión de origen vascular ha sido documentada por la OMS y se estima que dentro de 20 años la depresión será la segunda causa que comprometa la salud, luego de la cardiopatía isquémica, generando importante discapacidad y mortalidad en la población.

A pesar de ser una enfermedad subdiagnosticada y subtratada, se considera que los desórdenes afectivos en su conjunto (Distimia, depresión menor y mayor) alcanzan una prevalencia que oscila entre el 9 y el 20% en la población general y entre el 20 y el 65% en pacientes que tuvieron un EVC (WHO, 2008).

Vicario (2010) resalta la importancia de una correcta valoración al mencionar "Tanto clínicos como especialistas en cardiología coincidieron en afirmar la existencia de la asociación entre los síndromes cognitivos y/o demenciales con la hipertensión arterial, y como su tratamiento contribuiría, a enlentecer la progresión de la enfermedad cerebral. Sin embargo, sólo 4 de cada 10 médicos realizaban evaluaciones cognitivas a sus pacientes y sólo un 25% trataba enérgicamente la hipertensión"(Vicario A. , 2010).

Es por tanto importante que los profesionales de la psicología se sumen a la evaluación completa del paciente con enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial pues esto evitaría deterioros cognitivos a largo plazo, así como ayudaría en la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida evitando complicaciones graves que deterioran su estado de salud de manera rápida y que además incrementan la necesidad de apoyo por parte de un cuidador.

Insuficiencia renal:

La insuficiencia renal es una de las enfermedades que son atendidas de forma exhaustiva en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro, sede del servicio social y de hecho es con pacientes que sufren esta patología con quienes más se tuvo la oportunidad de trabajar desde el ámbito psicológico.

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ (K/DOQI, 2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.(Aida, 2012).

Desafortunadamente los datos estadísticos en México y Latinoamérica dejan mucho que desear en cuanto a la información que deberían proporcionar respecto a esta patología y su prevalencia, además de que el padecimiento cursa a veces

con un rápido desenlace fatal debido al desconocimiento y a la dificultad para que los pacientes sigan el régimen alimenticio necesario para sobrevivir esta enfermedad.

Lo anterior aunado a carencias del sistema de salud provocan que el deterioro de estos pacientes sea muy rápido y caigan en dependencia del cuidador, una de las actividades realizadas durante el servicio social fue la aplicación de la escala de sobrecarga del cuidador Test Zarit a familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica datos que anexo en las actividades del informe.

Las implicaciones de estas enfermedades en los pacientes y que de manera directa incumben al ámbito de atención psicológico son de orden: emocional y cognitivas pues el mismo diagnóstico, el tratamiento prolongado y los obligados cambios en el estilo de vida de la persona producen dificultades psicosociales importantes que en la mayoría de los casos llevan a pérdida de autonomía en el paciente así como al desgaste del cuidador primario tema que será tratado a más detalle en el siguiente capítulo como parte de las actividades realizadas.

Las complicaciones neurológicas debidas a la diálisis son variadas: el síndrome de desequilibrio de la diálisis que ocurre durante o después de la hemodiálisis o diálisis peritoneal, síntomas musculares, cefalea, deterioro cognitivo y demencia. También pueden presentar otros trastornos metabólicos como encefalopatía de Wernicke, Síndrome de Desmielinización Osmótica por rápida corrección de la hiponatremia. Se pueden ver también otros procesos como hematomas subdurales, ictus, síndrome de piernas inquietas, neuropatía asociada a diálisis.

Los trasplantados renales pueden presentar diferentes síntomas neurológicos tanto por afectación de sistema nervioso central como periférico. Es esencial tener presente la posible etiología que pueden ser de causa infecciosa, debido a toxicidad de los fármacos que se utilizan, tumoral, metabólica o la patología cerebrovascular.

El metabolismo de algunos fármacos que se emplean en patologías neurológicas se altera debido a la insuficiencia renal, como ocurre con algunos antiepilépticos, algunos analgésicos como fentanilo, tramadol, morfina otros medicamentos como el litio, diazepam, clordiazepoxido.

Además, se ha observado:

Encefalopatía urémica

Las manifestaciones clínicas de esta encefalopatía son más evidentes en los pacientes que presentan una insuficiencia renal de instauración rápida. Los síntomas iniciales incluyen apatía, fatiga, falta de atención e irritabilidad. Posteriormente se añaden confusión, alteraciones sensoriales, alucinaciones y estupor. Algunas veces esta encefalopatía adquiere la forma de una psicosis tóxica, con alucinaciones, ilusiones visuales y catatonia.

Evento Vascular Cerebral

Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen una incidencia aumentada de EVC isquémicos y hemorrágicos por la elevada frecuencia y el sinergismo de múltiples factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes, malnutrición, disfunción plaquetaria, tratamiento con eritropoyetina). La incidencia es máxima en las fases avanzadas en programa de hemodiálisis (hasta 13 ictus / 1.000 pacientes – año), con aumento relativo de la proporción de hemorragias cerebrales.(Aida, 2012).

Encefalopatía de Wernicke

Esta entidad puede presentarse con insuficiencia renal que tiene uremia elevada y en hemodiálisis crónica. Es una forma infrecuente de encefalopatía con características similares a la clásica encefalopatía de Wernicke con alteración mental, oftalmoparesia y ataxia.

Los estudios de necropsia han mostrado hemorragias petequiales en la sustancia gris periventricular y periacueductal, sobre todo en el bulbo raquídeo y en el

hipotálamo y con menor frecuencia en el mesencéfalo, protuberancia, tálamo y cerebelo. Sorprendentemente, no se encontraron lesiones en los cuerpos mamilares, un dato clásico en la encefalopatía de Wernicke (M. De Francisco & San Juan, 2008).

La Adherencia Terapéutica como factor de alto impacto en la calidad de vida del paciente crónico

El apego al tratamiento es parte importante y vital de la efectividad del mismo y muchas veces el paciente necesita apoyo más allá de lo que el médico le señala en los reducidos tiempos de consulta además de que los familiares que fungen como cuidadores primarios requieren también acompañamiento para evitar que el cansancio físico y emocional que conlleva el cuidado deterioren la atención que le prestan al paciente.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea.

En el momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. (Ginarte Arias, 2001).

La adherencia terapéutica fue definida por Sackett en 1976 como el grado en el cual la conducta del paciente (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción clínica; posteriormente en 1979 Haynes la definiría como la medida en que la conducta de una persona coincide con el consejo médico y sanitario.

En general la adherencia terapéutica comprende diversos comportamientos como:

- La propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento
- La asistencia a citas de seguimiento
- El uso correcto de la medicación prescrita
- Los cambios apropiados al estilo de vida
- La evitación de conductas contraindicadas

Los profesionales sanitarios, después de realizar el diagnóstico de una enfermedad, establecen un tratamiento (que puede ser farmacológico o no) además de proporcionar información sobre cambios en los hábitos. Mediante las instrucciones sanitarias que facilitan a los pacientes esperar, obviamente, obtener buenos resultados. Para ello evidentemente es imprescindible que el paciente observe correctamente la pauta que el clínico le ha indicado, pero no es menos importante que adquiera además una conducta positiva respecto a las medidas higiénico dietéticas que le hayan recomendado.

Esta adherencia al tratamiento establecido es uno de los más importantes factores de éxito en la terapia, sobre todo en enfermedades crónicas, aunque también en trastornos agudos, ya que el hecho de no tratarlos adecuadamente puede suponer, de alguna manera, convertirlos en crónicos.

En el consultorio psicológico es importante contar con las herramientas e información para desde la clínica poder apoyar al paciente en el lapso e adaptación a su nueva vida.

Capítulo 3

Actividades realizadas en el servicio social Descripción general

El servicio social en la psicología de la salud permite la adquisición de competencias y la aplicación de modelos teóricos a la práctica clínica, siendo uno de los primeros acercamientos al paciente, de esta manera el pasante tiene la oportunidad de aplicar sus conocimientos y adquirir habilidades que le permitan sentar las bases para su posterior ejercicio profesional.

A continuación se describen las actividades que como parte del servicio social en el programa "psicología clínica y de la salud" lleve a cabo dentro del área de psicología del hospital Dr. Darío Fernández Fierro así como los métodos de abordaje e intervención que se utilizan, las herramientas y pruebas de uso diario en el servicio así como actividades extras o esporádicas que se realizan y enriquecen lo aprendido y las competencias adquiridas, también hablaremos del tipo de pacientes que acuden por la atención y como se ofrece la misma.

I. Capacitación recibida

Durante los seis meses de duración del servicio social en el programa "psicología clínica y de la salud" se incluye capacitación los días jueves dado que ese día no se atienden pacientes y por parte de la supervisora directa se realiza esta actividad como medio para preparar al pasante en los conocimientos que aplicara durante el resto de la semana al brindar atención a los pacientes, la capacitación se realiza mediante clases en el mismo consultorio por parte de la Maestra en psicología Wendy Lara Olgún sobre temas como:

- Entrevista inicial
- Uso de pruebas psicológicas
- Intervenciones terapéuticas (supervisadas)

1.1. Entrevista inicial

La entrevista que se lleva a cabo en el área de psicología de este hospital es estructurada y semiestructurada, ya que para su realización se basan en un formato que tiene como finalidad recopilar los datos generales del paciente explorando el cuadro clínico, síntomas, preocupaciones, inicio de la problemática, antecedentes, duración, intensidad y asociación con otros factores, también se explora el ambiente del paciente y las personas cercanas con las que interactúa realizando un Familiograma se recaban datos necesarios para la estructura de una hipótesis diagnóstica, así como datos generales como son:

- Datos personales
- Datos sociodemográficos
- Motivo de consulta
- Antecedentes heredofamiliares
- Patologías
- Eventos antecedentes
- Familiograma

Posteriormente el paciente debe solicitar en admisión una segunda cita para evaluación durante la cual se realiza dependiendo de la hipótesis diagnóstica la evaluación correspondiente que puede ser de tipo psicológica o neuropsicológica.

En caso de que el paciente llegue referido por algún área del hospital como puede ser:

- Neurología
- Pediatría
- Consulta externa

Se realiza la misma entrevista, pero se valora la evaluación acorde a las necesidades diagnósticas que solicita el servicio de referencia, las cuales pueden tener como objeto de descartar o reafirmar alguna implicación de orden psicológico o neuropsicológico en el paciente y que interactúa con el proceso de alguna enfermedad física que está siendo tratada por el especialista de dicha área.

Desde esta perspectiva se realizan las entrevistas de acuerdo al motivo de consulta y de la edad del paciente pueden variar un poco por ejemplo en el caso de los niños pequeños se solicita la colaboración de los tutores de igual forma en el caso de pacientes con retraso mental o con daño cerebral que presentan dificultades especialmente deterioro de la memoria, para las personas adultas que no tienen este tipo de problemas se realizan de manera individual.

Es importante destacar, que en el área de psicología existe una gran demanda para la realización de entrevistas iniciales.

1.2. Uso de pruebas psicológicas

Las pruebas psicológicas que se utilizan dependerán del tipo de paciente y de la hipótesis diagnóstica además de factores como la edad o en su caso el área que solicita la evaluación, dado que en el hospital se realizan evaluaciones psicológicas a solicitud de áreas como neurología, pediatría y medicina interna. La capacitación que se nos brinda para llevar a cabo esta actividad incluye:

- Entrenamiento en aplicación, calificación e interpretación de pruebas neuropsicológicas y de personalidad, tanto psicométricas como proyectivas

Las pruebas de uso común en el servicio son:

- Test Gestáltico Visomotor
- Escala de Desarrollo de Denver
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Escalas Weschler de inteligencia para Niños y Adultos (WISC-IV y WAIS)

- Test de la casa-árbol-persona (HTP)
- Test de la Familia Quinésica
- Test de Apercepción Temática Infantil versión animales (CAT-A)
- Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R)
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Cuestionario Para Padres (Conners)
- Test de Frases Incompletas para Niños y Adolescentes
- Test de Fabulas de Düss
- Inventario de Personalidad de Minesota (MMPI-A y MMPI-II)
- Test Desiderativo
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Test del Dibujo de la Figura Humana (Machover)
- Test de Cuadros para Adolescentes de Symonds.
- Escala de Depresión en Niños (CDS)
- Escala de depresión geriátrica
- Neuropsi Breve
- Neuropsi atención y Memoria
- Test de Stroop

1.3. Intervenciones terapéuticas (supervisadas)

Las intervenciones terapéuticas son actividades diarias en el servicio de psicología del hospital, en general se atienden aproximadamente de cinco a siete pacientes en un horario de seis horas por lo que algunos acuden a cita de entrevista inicial otros a evaluación psicológica y otros más a sesión de psicoterapia, debido a este factor que requiere de optimización de los tiempos de consulta, las intervenciones terapéuticas que se realizan son:

- Psicoterapia Breve
- Terapia cognitivo conductual

Dado que el interés de las responsables del servicio social es brindar herramientas a los pasantes, la capacitación incluye la revisión bibliográfica y el entrenamiento primero como co-terapeuta y posteriormente brindando la atención terapéutica de manera supervisada, esto se logra mediante la asignación de casos específicos y la evaluación de las competencias clínicas del pasante, así como supervisión de los avances en la intervención.

La psicoterapia breve:

Fiorini (1992) explica la Psicoterapia Breve de la siguiente manera:

- Se enfoca en los aspectos principales del trastorno que se presenta. Así se intenta encontrar el punto de mayor ventaja para la comprensión del paciente. Para esto se propone no basarse solo en la orientación psicoanalítica, sino también retomar los aspectos provenientes de la teoría cognoscitiva, de la terapia conductual y de la teoría de los sistemas. Se trata de comprender al paciente de la manera más completa posible, desde los puntos de mayor ventaja y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz.
- Bajo cualquier circunstancia se intenta establecer un punto central para comprender en forma precisa las razones por las cuales el paciente acude a consulta bajo circunstancias específicas de tiempo, aludiendo a el día por ejemplo, cuando inicio su problema, el pasado inmediato, y cuando y en qué forma parecida existió en su historia personal anterior.
- Se toma como una de las contribuciones más importantes del psicoanálisis el establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado. En la psicoterapia focalizada, se busca encontrar la continuidad entre la infancia y la niñez, entre pensamiento de vigilia y sueño, entre lo que es consciente y lo inconsciente, a su vez se intenta comprender la interrelación entre estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente. Para entender la particularidad

de las circunstancias en las que se presenta el síntoma, se deberán entender todas las fuerzas implicadas en la producción del síntoma y la forma específica que este tomo.

- La más certera teoría e importante y en general una de las formulaciones más útil acerca del desarrollo de un síntoma, al igual que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Entre menor sea la capacidad de resolución de problemas y enfrentamiento de situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. La conducta de enfrentamiento se fundamenta en un sustrato biológico, dentro de un medio socio-cultural. Así, el grado en el que la conducta se aprende, es decir, se debe a factores de experiencia que se pueden cambiar a través de reaprendizaje en la terapia. El tratamiento supone un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre esta y los impulsos, así como con las introyecciones defectuosas.
- En este sentido toda psicoterapia debe ser considerada como una forma de aprendizaje y reaprendizaje. La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.
- La Psicoterapia breve enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores, y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias.
- La esencia de la Psicoterapia breve no consiste en el número limitado de sesiones, sino en la aproximación enfocada y sistemática. Cinco o seis sesiones pueden ser de lo más práctico.

- Los beneficios de una terapia breve pueden ir más allá del centro de atención inmediato de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del sujeto puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción Psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.
- Se debe seleccionar el problema para el tratamiento, no al paciente, en este sentido, la Psicoterapia breve puede utilizarse para prevención primaria, secundaria (estados agudos), tanto como para terciaria (cronicidad), en un amplio rango de trastornos. La determinación de la terapia ideal para cada paciente será de vital importancia.

Las formulaciones y los postulados que la psicoterapia presenta son aspectos básicos para trabajar en un ambiente institucionalizado, ya que es necesario poder tener un marco de referencia que permita sistematizar la intervención y de esta manera asistir de la mejor manera las demandas de los pacientes.

El contexto del servicio social requiere de encaminar hacia la planeación de estrategias y técnicas de intervención que puedan satisfacer la excesiva demanda de intervención psicológica, así como poder trabajar sobre el síntoma y aminorarlo lo más pronto posible, ante esto la psicoterapia breve nos da la respuesta a una necesidad.

Fiorini (1992) propone que, al realizar una valoración exhaustiva del paciente, que abarque tanto su historia dinámica como las condiciones de vida presentes, son recursos de la acción terapéutica breve en instituciones:

- a) Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.
- b) En ese marco, adecuado para una experiencia "emocional correctiva", favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.

- c) Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio su capacidad de discriminación y ajuste realista.
- d) Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima (Esto significa dirigir el esfuerzo no solo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, si no también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales).
- e) Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

Psicoterapia Cognitivo Conductual

Un segundo método de intervención que se utiliza en la psicoterapia dentro del hospital es el cognitivo conductual, también es una opción viable tiempos y dada la optimización de recursos en tiempo necesaria para poder brindar atención a la gran cantidad de pacientes que la solicitan además de que se pueden otorgar tareas para llevar a cabo en el domicilio y ambiente del paciente y monitorear los avances en las citas subsecuentes.

Las tareas son parte constitutiva de la terapia cognitiva, por medio de esta, el terapeuta busca extender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales a toda la semana del paciente, una asignación adecuada de tareas permite al paciente lograr mayores conocimientos, adquirir información, revisar sus pensamientos y creencias, modificar su pensamiento, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas y experimentar nuevos comportamientos, estas tareas pueden maximizar lo que se ha aprendido en la sesión y dar al paciente una sensación de mayor autosuficiencia.(Lizarraga , 2004).

La TCC ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y

cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. La TCC ayuda a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") una persona y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor(Royal College of Psychiatrists, 2007).

Por lo tanto la capacitación bibliográfica y de aplicación supervisada en estas dos modalidades de intervención terapéutica me permitió un mejor desarrollo de las actividades durante el servicio social.

2. Las actividades durante el Servicio Social fueron:

DIAGNÓSTICO:

- Entrevista inicial
- Evaluación en niños y adolescentes
- Evaluación en adultos
- Evaluación geriátrica
- Evaluación Neuropsicológica
- Integración y devolución de Informe psicológico

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS (supervisadas):

- Psicoterapia breve
- Psicoterapia cognitivo conductual

MANEJO DE EXPEDIENTES

- Realización de notas de atención para expediente clínico

3. Áreas de la institución donde se realizaron las actividades y descripción.

Los profesionales de la psicología, incluyendo a estudiantes que realizan el Servicio Social, participan en estas áreas de la siguiente manera:

- 1. Consulta Externa
- 2. Hospitalización

3.1. Consulta externa

En el área de consulta externa se realizan las actividades ya descritas con antelación como entrevista inicial y diagnóstico además de un plan de intervención por medio de psicoterapia breve o cognitivo conductual que se pondrá en marcha por medio de citas subsecuentes que a su vez el paciente deberá solicitar por medio de su carnet y que aproximadamente se le otorgan cada dos o tres semanas pues son las áreas administrativas las que generan por medio de un sistema automatizado estas consultas y el psicólogo tiene poco control sobre ello.

A raíz de la alta demanda del servicio también se evalúa y establece el diagnóstico de síndromes o problemas de orden neuropsicológico y cuando este es el caso se deriva al paciente al servicio de neuropsicología que se encuentra en el hospital 20 de noviembre del mismo instituto. Mediante el informe psicológico de las pruebas efectuadas y el diagnóstico obtenido todo esto por escrito en formato especial para la derivación de pacientes.

También es el área de consulta externa donde se atiende casos de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

La manera en que se atiende a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el área de psicología y los objetivos que se persiguen que son:

- Adaptación del paciente a su nueva circunstancia
- Apego al tratamiento
- Calidad de vida
- Comunicación asertiva de sus necesidades
- Brindar información sobre su enfermedad
- Recomendaciones para mejorar su autopercepción
- Trabajar el proceso de adaptación con el paciente y sus cuidadores

- Mejorar los métodos de afrontamiento del paciente y cuidador

Dentro de este enorme grupo de pacientes podemos encontrar diversas edades y patología que afecta su calidad de vida de manera distinta con deterioros diferentes en su autonomía y capacidades en algunos de estos pacientes se trabaja la aceptación de su enfermedad así como el apego al tratamiento tanto de parte de ellos como de sus cuidadores, incluyendo la responsabilidad de paciente sobre su salud hasta donde sea razonablemente posible evitando que el paciente caiga en dependencia y falta de cooperación respecto a su autocuidado.

Como vimos en el segundo capítulo de este informe la ansiedad, la depresión y otras emociones negativas son características habituales en pacientes con enfermedades crónicas el modo de afrontamiento de dichas emociones influye sobre la adaptación a la enfermedad.

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas son referidos por el área de consulta externa y hospitalización ya que es en esas áreas donde se detecta la falta de apego al tratamiento y las complicaciones derivadas, al ser evaluados los pacientes incluso en la entrevista se deja entrever la desesperanza que es común en ellos sin importar la edad y esta desesperanza aumenta conforme la enfermedad degenera más las capacidades del individuo por lo que es importante trabajar en el insight de estos pacientes y la regulación de sus emociones.

La regulación de las emociones incluye dos categorías. En primer lugar, se menciona la evitación y la inhibición de las emociones, que resulta mal adaptativa y puede empeorar el curso de la enfermedad. En cambio, la expresión y el conocimiento de las emociones pueden permitir una adaptación adecuada a la nueva situación.

La mayoría de los pacientes experimentan un cambio brusco en su estilo de vida algunos son niños y les cuesta más adaptarse a dietas y horarios de toma de medicamentos otros son adultos con vidas productivas en pleno apogeo que ven

cortadas sus posibilidades de continuar al mismo ritmo de vida acostumbrado, algunos ancianos caen desesperanza y abandonan actividades importantes incluso decisiones como elegir su vestido y rutina diaria delegando estas en sus hijos o cuidadores aun cuando aún son capaces de realizarlas lo cual los lleva a perder autonomía.

Durante el inicio de la enfermedad crónica el paciente además se ve enfrentado a un tratamiento que requiere de su participación como principal factor de éxito, el apegarse a las recomendaciones clínicas no siempre le resulta sencillo por lo cual se aborda esta problemática en el consultorio psicológico en busca de mejorar el apego al tratamiento médico e indicaciones que incluye la disposición para empezar el tratamiento y la capacidad y el hábito de tomar los medicamentos o realizar conductas para el cambio en la dieta o estilo de vida.

En algunos casos existen tratamientos de sustitución como es el caso de los pacientes renales pero estos tratamientos en el caso de la hemodiálisis por ejemplo requieren que el paciente acuda al hospital a recibir su sesión de hemodiálisis cada tercer día por lo tanto estos pacientes experimentan gran conmoción respecto a cambios en su estilo de vida y ansiedad durante el tratamiento esto también es valorado en el consultorio psicológico y se invita al paciente a expresar sus emociones con respecto al tratamiento así como a trabajar de manera conjunta en compañía del psicólogo en la adaptación siguiendo el marco teórico de la psicoterapia breve y ofreciendo medidas conductuales para trabajar en casa dado los cortos tiempos de la consulta en el hospital.

Todos estos pacientes y sus familias son impactados de lleno por la patología orgánica que los aqueja y existe en ellos un sufrimiento *psicológico ante el duelo por la pérdida de la función orgánica* normal y además debido al deterioro de sus capacidades tanto físicas como cognitivas por lo cual el papel del psicólogo es muy relevante en la intervención emocional y terapéutica, así como en la detección de problemas de índole cognitiva para su pronta derivación con el área pertinente.

El acompañamiento psicológico permite al paciente adaptarse a los cambios que experimenta debido a la complejidad de las enfermedades crónicas, así mismo permite a la familia entender lo que está sucediendo y aunque requiere preparación extra por parte del profesional en temas de salud es un campo muy importante para abordaje en el ejercicio de la psicología clínica y de la salud.

Durante el servicio social se dio seguimiento al menos a 5 casos de pacientes con enfermedades crónico degenerativas que van desde la visita en hospitalización por medio de interconsulta cuando así lo requerían o bien consulta de primera vez por recomendación médica a pacientes ambulatorios hasta la intervención terapéutica.

Se realiza entonces la entrevista y evaluación encontrando problemáticas que tenían que ver con rasgos de ansiedad y depresivos relacionados con un problema de adaptación a la enfermedad, así como desesperanza en los pacientes ante los cambios constantes que requiere el afrontamiento de la enfermedad. Considero además que sería muy importante y viable realizar investigación sobre el grado de desesperanza que cursan estos pacientes al inicio de la enfermedad.

Posterior a esta evaluación se sigue un proceso en el cual se otorga al menos una cita por mes debido a la alta demanda del servicio de manera que el paciente en un día que acude a estudios o cita médica se acople con la cita en el consultorio de psicología y pueda expresar sus problemas así como avances o retrocesos en conductas, apego al tratamiento y emociones positivas o negativas brindando un proceso de acompañamiento y ofreciendo medidas conductuales como el establecer horarios para toma de medicamentos, premiarse por conductas alcanzadas o aproximaciones, mantener comunicación constante con sus cuidadores, comunicar sus miedos, establecer red de apoyo y acercarse a instituciones que brindan información y asistencia creadas por personas que padecen la misma enfermedad sin olvidar recordarle su responsabilidad en su autocuidado.

Este seguimiento se lleva de manera constante con estos pacientes y fue una de las actividades del servicio social.

3.2. Hospitalización (Medicina interna, Pediatría, Cirugía mixta)

La segunda área donde se realizó la atención a pacientes fue hospitalización en específico las siguientes tres áreas fue donde tuve la oportunidad de participar en al menos 15 ocasiones durante la prestación del servicio social.

Estas intervenciones se llevaron a cabo en algunas ocasiones a fin de disminuir la ansiedad de los pacientes ante los tratamientos médicos y cuando la espera hospitalaria para resultados de estudios era prolongada, también se realizaron en casos de intento de suicidio, convulsiones, pacientes con eventos traumáticos recientes, pacientes con bajo apego al tratamiento y sospechas de problemas psicológicos en el paciente recién llegado a admisión y hospitalizado.

Se llevaron a cabo técnicas de relajación, e intervención psicoterapéutica breve, así como evaluación en piso para confirmar o descartar problemas neuropsicológicos.

En las diferentes áreas de hospitalización el psicólogo es requerido para realizar interconsultas mediante un formato específico que incluye la solicitud de evaluación y los datos del paciente estas notas son entregadas por los médicos directamente en el consultorio de psicología para que de esta forma el psicólogo a solicitud del médico tratante realice visita a pie de cama al paciente.

El psicólogo cuenta con horas destinadas a interconsulta dentro de la programación de consultas por lo cual se usan estos tiempos para acudir a realizar estas visitas a pie de cama, durante el servicio social tuve la oportunidad de acompañar y realizar interconsultas en las cuales se aplicaba una entrevista inicial y posteriormente una evaluación mediante pruebas psicométricas de la problemática del paciente.

En los servicios de medicina interna y cirugía mixta la mayoría de los casos los diagnósticos en interconsulta fueron de orden clínico referidos a ansiedad y depresión relacionada con la estancia hospitalaria prolongada, así como a los diagnósticos de enfermedades crónicas, aunque también en algunas ocasiones se realizó evaluación neuropsicológica especialmente en adultos mayores en los cuales existía sospecha de enfermedades de este orden.

En los casos pediátricos de igual manera la ansiedad y depresión infantil ante diagnósticos de enfermedad crónica son de alta prevalencia en el hospital, así como los problemas de apego al tratamiento en especial en régimen alimenticio pues a los niños en especial les resulta muy difícil adecuarse a ellos.

Se brinda también psicoterapia breve durante la estancia hospitalaria, cuando esta se vuelve prolongada, a los pacientes evaluados en las interconsultas y estos pueden solicitar consulta de primera vez en el servicio de psicología por vía consulta externa para seguimiento de su caso.

Una de las habilidades de extrema importancia en el psicólogo al realizar estas intervenciones debe ser su conocimiento de las patologías físicas que se tratan en el hospital pues además de fungir su papel en el ámbito psicosocial debe también ser capaz de ofrecer datos de importancia al paciente acerca de cuidados y características de su enfermedad si bien en casos de prescripción o con más especificidad debe enviarse al paciente con el especialista, el psicólogo juega un papel relevante como proveedor de información que tranquiliza al paciente en su adaptación psicológica y conductual.

Además de las actividades anteriores se realizó:

- Evaluación de médicos residentes
- Aplicación de escala sobre desgaste en cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica
- Participación como ponente en el curso monográfico "psicología clínica y de la salud"

4. Análisis de la población atendida

Durante los seis meses de servicio social del 01/09/2015 al 16/03/2016 tuve la oportunidad de participar en la atención de aproximadamente 87 pacientes:

Que por grupo de edad fueron:

- 32 adultos
- 28 niños
- 17 adultos mayores
- 10 adolescentes

Tipo de atención

- 15 pacientes en interconsulta
- 72 Consulta externa

Por género

- 57 mujeres
- 30 hombres

Por tipo de atención:

30 de ellos padecen alguna enfermedad crónica degenerativa como Insuficiencia renal crónica, diabetes e hipertensión

20 requiere evaluación neuropsicológica

34 cumplen criterios diagnósticos de depresión, ansiedad, déficit de atención otros tornos de adaptación

3 de ellos cumplen con diagnósticos de orden psiquiátrico por lo que son referidos a dicha área

5. Actividades complementarias

5.1. Evaluación de médicos residentes

Entre las actividades que se realizan en el programa de servicio social también se incluye la evaluación psicológica de los médicos que se adscriben al hospital esta se lleva a cabo aproximadamente cada seis meses que es cuando estos llegan al hospital por lo cual tuve la oportunidad de participar en esta actividad una ocasión ,esta actividad se realiza mediante un formato de entrevista estructurada y una serie de pruebas que se aplican a estos médicos quienes serán los residentes en diferentes áreas del hospital, la evaluación incluye pruebas proyectivas y de psicométricas de personalidad:

- Inventario de Personalidad de Minnessota (MMPI-A y MMPI-II)
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Test del Dibujo de la Figura Humana (Machover)

Esta evaluación se realiza con el fin de ofrecer datos sobre los rasgos de personalidad del residente, así como factores que pudieran ser un riesgo o una fortaleza, los resultados van al expediente clínico del médico residente.

5.2. Aplicación de la escala sobre desgaste en cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica

Como actividad extraordinaria a los ya mencionadas también tuve la oportunidad de aplicar la escala de desgaste a cuidadores de pacientes con enfermedad renal debido a la importancia del cuidador primario esta actividad aportó mucho en mi formación en especial por las conversaciones con estos cuidadores y observar la manera en que la enfermedad crónica de sus familiares cambia su vida.

La familia es una pieza importante en el afrontamiento de la enfermedad e influye de manera casi absoluta en la manera en que el paciente ve la enfermedad y la actitud que tendrá ante esta en especial en las enfermedades crónicas donde la habituación a los tratamientos médicos pasa a formar parte de la rutina diaria de cuidados por toda la vida del paciente.

El cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas es aquella persona del entorno o familiar del paciente que decide voluntariamente tomar decisiones por el paciente y cuidar de las necesidades básicas de manera directa realizando tareas de ayuda de acuerdo a la falta de autonomía del enfermo (García Romero , 2011).

Sus actividades requieren de entrega pues muchas veces el paciente necesita amplios cuidados y seguir rutinas específicas que le permitan sobrellevar la enfermedad manteniendo una buena calidad de vida, es en el caso de pacientes que tienen rutinas más desgastantes donde puse atención durante la prestación del servicio social y encontré que los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica del hospital Dr. Darío Fernández Fierro en específico aquellos que cuentan el tratamiento de sustitución renal por hemodiálisis deben acompañar a su paciente tres veces a la semana a tratamiento y además debido a los cuidados dietéticos específicos deben mantener cierto control en los alimentos que preparan y en la cantidad de los mismos esto parecería por ende desgastante.

En relación con el paciente o enfermo renal se señala, en primer lugar, que el hecho de recibir un diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal representa para el paciente un cambio sustancial en su ritmo y condiciones de vida habitual; un cambio importante que, en todo caso, se agrava cuando este ingresa a un programa.(Lopez , Sanchez , & Mengibar , 2007).

La insuficiencia renal crónica es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales. Cuando dicha función se reduce a un 10 %, los pacientes deben someterse a tratamientos sustitutivos. Los posibles tratamientos sustitutivos de la función renal son: el trasplante renal y la diálisis, en sus dos modalidades: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Estar bajo tratamiento con diálisis conlleva cambios de vida a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia.

Cuando la persona tiene la posibilidad de tratamientos sustitutivos de la función renal pierde la autonomía, requiere de apoyo social, consistente en estar acompañado en actividades que la persona con IRC no puede hacer sola, los llamados "cuidados de apoyo". Estos cuidados de apoyo, fundamentales para la salud de las personas, pueden ser ofrecidos por cuidadores de los servicios o profesionales de la salud (sistema formal de cuidado), aunque en un porcentaje elevadísimo se reciben de cuidadores familiares, amigos y vecinos (sistema informal de cuidado) (Lopez , Sanchez , & Mengibar , 2007).

El trabajo de cuidador de una persona con IRC en tratamientos es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demanda habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida (Contreras , 2006).

Aplicación de entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit 1982) a cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Mediante la aplicación de la escala Zarit a 27 cuidadores primarios de pacientes que acuden a tratamiento de hemodiálisis en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro cada tercer día durante tres horas más el tiempo de espera y traslado se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 2 Genero edad y parentesco de los cuidadores

Cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis entrevistados			
datos			
	genero	edad	parentesco
1	F	30	MADRE
2	M	31	HERMANO
3	F	39	MADRE
4	M	57	ESPOSO
5	F	54	HIJA
6	F	63	MADRE
7	F	49	HIJA
8	M	80	ESPOSO
9	F	64	ESPOSA
10	F	38	HIJA
11	F	40	MADRE
12	F	42	SOBRINA
13	F	50	MADRE
14	F	26	HIJA
15	F	60	MADRE
16	M	32	HERMANO
17	F	46	ESPOSA
18	F	62	ESPOSA
19	F	51	ESPOSA
20	F	51	ESPOSA
21	F	42	ESPOSA
22	F	70	HERMANA

23	F	54	ESPOSA
24	M	49	ESPOSO
25	F	15	SOBRINA
26	F	61	ESPOSA
27	F	29	HERMANA

Tabla 3 género de los cuidadores primarios

Genero del cuidador		
GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
M	5	18%
F	22	82%
TOTAL	27	100%

Las edades se ubican entre los 15 hasta los 80 años de edad de manera que la responsabilidad del cuidado no recae sobre un grupo particular en lo referente a edad, aunque promediando las cifras se obtiene una edad promedio de 47 años.

En lo que respecta al parentesco son el cónyuge en su mayoría mujeres y en segundo lugar las madres quienes ejercen el rol de cuidador primario en los pacientes entrevistados.

Tabla 4 Parentesco del cuidador primario

Parentesco del cuidador					
Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	sobrino(a)	esposa (o)	
6	4	4	2	11	
21.5	15%	15%	7.50%	41%	

El cuanto a los resultados de desgaste en la escala Zarit la Puntuación máxima es de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. (Zarit & al., 1980)

Tabla 5 Resultados desgaste puntuaciones

	genero	edad	parentesco	ZARIT
1	F	30	MADRE	34
2	M	31	HERMANO	17
3	F	39	MADRE	12
4	M	57	ESPOSO	40
5	F	54	HIJA	23
6	F	63	MADRE	39
7	F	49	HIJA	18
8	M	80	ESPOSO	50
9	F	64	ESPOSA	16
10	F	38	HIJA	10
11	F	40	MADRE	17
12	F	42	SOBRINA	7
13	F	50	MADRE	23
14	F	26	HIJA	24
15	F	60	MADRE	24
16	M	32	HERMANO	22
17	F	46	ESPOSA	14
18	F	62	ESPOSA	42
19	F	51	ESPOSA	37
20	F	51	ESPOSA	42
21	F	42	ESPOSA	36
22	F	70	HERMANA	15
23	F	54	ESPOSA	23
24	M	49	ESPOSO	17
25	F	15	SOBRINA	13
26	F	61	ESPOSA	32
27	F	29	HERMANA	33

De manera que no se encontraron datos de sobrecarga mediante esta escala sin embargo habría factores intrínsecos a valorar como el tiempo de cuidado la responsabilidad real sobre el paciente y la autonomía de los mismos, las cifras más altas aunque por debajo de lo significativo se encontraron en conyugues y madres de los pacientes esto solo fue una aplicación y los datos son descriptivos sin embargo son un buen esbozo para una futura investigación en esta área que personalmente encuentro ampliamente interesante.

5.3. Participación como ponente en el curso monográfico “psicología clínica y de la salud”

Además de la valoración se realizó una ponencia como parte de las actividades en el curso monográfico psicología de la salud dentro del hospital En la ponencia se abordó el tema de abordaje psicológico de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en el que se entrevistó, previo consentimiento informado, a una paciente y su cuidador primario en este caso su madre quienes explicaron sus experiencias y emociones desde el diagnóstico, durante el tratamiento y sus expectativas a futuro.

La participación en el curso monográfico de psicología de la salud que organiza la psicóloga Wendy Lara Olgún (supervisora directa del servicio social) dentro del hospital Dr. Darío Fernández de manera anual desde hace seis años fue muy enriquecedora para mí como pasante pues me permitió compartir conocimiento y además aprender de los demás ponentes.

RECONOCIMIENTO

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DELEGACIÓN TERRITORIAL
SUBDELEGACIÓN REGIÓN
Mendoza

DIRECCIÓN DEL ESTADO

PSIC. RAUL QUIROZ DE AL

6° Curso Monográfico “Psicología de la Salud”

Elaborado en el H.G. Dr. Darío Fernández
con el objetivo de

del septiembre de 2015.

DR. FERNANDO AGUIRRE VALDES
DIRECTOR DEL HOSPITAL

MIRA, WENDY LARA OLGUN
PROFESORA TITULAR

DR. HUMBERTO VARGAS FLORES
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INV

Conclusiones

El servicio social además de permitir retribuir por los conocimientos adquiridos permite un acercamiento a la realidad de la atención psicológica en México, las grandes instituciones de salud del país cuentan con pocos psicólogos y la demanda de atención cada vez es mayor, personalmente creo que la gente se va dando cuenta poco a poco de la necesidad de cuidar la salud mental y de los alcances de la psicología en cuanto a el trabajo con enfermedades de distinta índole.

El psicólogo clínico como profesional de salud en el ámbito hospitalario presta un servicio invaluable pues al menos en el caso del hospital Dr. Darío Fernández se atiende desde la consulta externa hasta interconsultas en casi todos los servicios médicos del hospital además de realizar evaluaciones periódicas al personal médico residente y promover la salud mediante ponencias y cursos.

En cuanto al acompañamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas definitivamente la intervención psicológica debe estar presente pues al trabajar con los sentimientos de desesperanza, el apego al tratamiento y modos de afrontamiento, el psicólogo no solo ayuda al paciente sino también a los cuidadores primarios quienes viven la enfermedad junto con el paciente.

En mi experiencia personal como enfermero he observado como la actitud y la manera en que el paciente enfrenta la enfermedad es un factor de alta relevancia en su recuperación, además de la compañía de sus seres queridos, esto me llevo a pensar en cuál era la causa de la gran fuerza ejercida por estos factores y la experiencia de estudiar las emociones y la conducta humana durante la licenciatura en psicología me ha permitido resignificar lo que observo en el paciente

Si bien las instituciones de salud se han preocupado por ofrecer atención a la salud mental es importante entender que la salud mental es referente de primer orden en la salud física y estudiar e investigar los verdaderos alcances de esta

premisa por ello el servicio social me ayudó mucho a entender nuevas perspectivas en la atención a la salud, creo que quien se ha dedicado a velar por la salud de los demás debe estar ampliamente preparado y debe prepararse de manera continua ante los cambios como la transición de las enfermedades infecciosas a crónicas, encuentro en esto último la necesidad de apoyar a los profesionales de la salud física como médicos y enfermeras del cambio en las expectativas de recuperación y la necesidad de que ellos lo entiendan así pues como profesional preparado con la idea de curar el enfrentarse a enfermedades que no se curan también tiene un peso psicológico en su capacidad de logro.

El trabajo realizado como servicio social para mí fue muy grato con un aprendizaje enorme, al exponer la teoría frente a la práctica uno se da cuenta de sus deficiencias y comienza a trabajar en ello, estando en la última etapa de la licenciatura el estar frente al paciente y comenzar una entrevista una evaluación o incluso inicios de psicoterapia breve supervisada, me ha ayudado a ser consciente poco a poco paso a paso de que debo ser un profesional comprometido éticamente con los problemas y motivos de consulta del paciente, comprometido aún más en buscar información y continuar preparándome al darme cuenta que cada paciente tiene una necesidad diferente, en psicología no existen recetas mágicas ni generalizadas, sino más bien el compromiso por preparación continua pues el ser humano en su comportamiento y mente es inexplicable con una guía.

En la mayoría de las intervenciones que hice y observe pude darme cuenta de la necesidad de destreza de pensamiento en el psicólogo, de la exigencia de una capacidad de observación que te permita encontrar libre de prejuicios y proyecciones esa pequeña pista que el paciente ha omitido y que es la flecha que indica el camino hacia el que sigue la evaluación como herramienta de confirmación de una hipótesis diagnóstica y la intervención como un apoyo en la mejora y bienestar del consultante

Cualquier profesional se siente muy bien cuando su trabajo está bien hecho pero me di cuenta que el psicólogo cuando hace un buen trabajo en el diagnóstico no está en un eureka sino que se acaba de dar cuenta que se ha comprometido en

buscar ahora una solución, una intervención para el diagnóstico para lo cual requerirá de investigación, ahora comienza un camino muy largo y el paciente espera mucho del psicólogo, espera que posea conocimiento de su enfermedad física y de su problemática psicológica y espera que le ofrezca una solución, confía sus más íntimos sentimientos y emociones, le cuenta cosas que no le ha contado ni a sus familiares más cercanos y es en ese momento cuando personalmente me di cuenta de la enorme responsabilidad que tengo por seguirme preparando además de que considero que estos factores son oportunidades para el psicólogo

Como observación crítica a la realidad que enfrentamos como profesionistas en el país y en el sistema de salud puedo hablar de la necesidad de que se entienda la psicología como parte integral de la salud si bien como ciencia ya no hay duda de su necesidad muchas veces las personas omiten que para que la salud sea completa debe de cuidarse el área mental y esta idea se debe permear en la medicina y en la administración pública pues considero urgente que los hospitales cuenten con mayor cantidad de psicólogos que acompañen al paciente con enfermedades crónicas en su difícil camino de cuidados paliativos que como ya consideramos ejerce influencia en su salud mental

En el hospital Dr. Darío Fernández Fierro como en muchos otros hospitales se cuenta con poco personal de nuestra especialidad y es por tanto una necesidad que pude observar para que se ofrezca además consultas con menor lapso intermedio y sea viable atender a los cuidadores de pacientes crónicos también estas sugerencias son apenas un esbozo de la necesidad de el país mismo de voltear a ver opciones que pueden ofrecer solución a necesidades en salud, sociales, laborales etc. y en las cuales los psicólogos pueden actuar

Como profesional considero que esta gran experiencia me hace considerar la necesidad de continuar la preparación, veo un camino abierto en la mezcla de dos disciplinas del cuidado humano, como enfermero me nutro del entendimiento psicológico de los factores del proceso salud enfermedad y la posibilidad de trabajar en la investigación y el entendimiento de los comportamientos y conductas

y como psicólogo sé que puedo brindar un servicio de calidad nutriéndome de los conocimientos de la fisiología, anatomía y técnicas de cuidado, aplicados desde una nueva perspectiva ofreciendo a mis pacientes un acompañamiento un trabajo terapéutico que además este pendiente del autocuidado del paciente digamos cuerpo sano y mente sana

Mi experiencia en el servicio social me permitió conjugar los conocimientos así como entenderlos por separado cuidando la ética y las características de cada disciplina, me ayudo a demás a comprometerme como psicólogo en ofrecer al consultante una solución y un acompañamiento, además de entender que un psicólogo es de por si un factor de cambio social y que los demás esperan que el entienda lo que yo llamo intangible, como las emociones, motivaciones y pensamientos, por ello nos comparten tanto y por ello confían en lo que les decimos por eso veo el gran compromiso del psicólogo clínico y más aún del psicólogo egresado de la UNAM

El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar.-C. S. Lewis.

Bibliografía

- Alfaro Noé, & Carothers Enriquez, M. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes Mellitus tipo 2. Guadalajara: Medigraphic
- Aguilar Jáuregui, R. (2008). La hipertensión arterial sistémica conceptos actuales. CDMX: medigraphic
- Alonso, P. F. (1998). Diabetes tipo 2.
- Arias, Y. G. (2001). Experiencia médica La adherencia terapéutica. Ciudad de la Habana: *Revista. Cubana Medicina. General Integral.v17 n 5 Páginas 15-17*
- Castilla Guzmán Antonio, C. A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónico degenerativas. Habana Cuba: *Revista. Cubana de investigaciones biomédicas. V 27 n3-4 Paginas3-4*
- Contreras, F. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Colombia: universidad de psicología Colombia.
- Contreras, F. G. A. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Bogotá Colombia: *Acta colombiana de psicología.*
- E. V.Aida (2012). Insuficiencia renal crónica. UNAM
- Finlay J. C.(2008). Recurrencia del ictus cerebrovascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo. *Revista cubana de medicina militar*
- García Romero, B. C. (2011). Estudio cualitativo del cuidador primario sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo. Barcelona: Universidad Ramón Lull.
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista cubana de Medicina Integral, v17,n5, resumen página 3.*
- Iglesias García, C. (2013). Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la Muerte. *Psicología Médica*
- INEGI. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de la tercera edad. Aguascalientes.
- ISSSTE, j. d. (2014). Programa institucional de seguridad y servicios de los trabajadores del estado. CDMX.
- ISSSTE (2008) Manual de Inducción al ISSSTE.CDMX: Subdirección de personal
- Jerome. D. Frank (1998). Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. *Revista latinoamericana de psicología. v20, n001, pagina 46-50*
- Lain Altraigo, P. (1985). Antropología médica para clínicos.

Libertad Martín Alfonso, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Xalapa Veracruz: Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

Libertad Martín Alfonso (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. La Habana Cuba: *Revista Cubana Salud Pública*.

López, J., Sánchez, L., & Mengibar, R. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos reales crónicos. *Revista Sociedad española de nefrología*. v10 pp 127-136

M.De Francisco, A. L., & San Juan, F. (2008). Estudio epidemiológico de pacientes ancianos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Nefrología nefroplus*.

Oblitas Guadalupe L. A. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. PSICOM Editores

Oblitas, Guadalupe L. A. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. Thomson Editores.

Ortiz Manuel, E.O. (2007). Health psychology: A key to understand therapeutic adherence. *Revista de Medicina Chilena*. pag.1

Ortego Mate, M. (2005). Ciencias psicosociales I. Universidad de Cantabria.

Piña, Julio b. r. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. México: instituto mexicano del seguro social.

Palacios de la Rosa, J. (2006). Prevalencia del deterioro cognitivo y funcional en pacientes con diabetes mayores de 60 años. CDMX: Facultad de Medicina UNAM.

Pineda M. (2001). Sobre crónicos cuidadores y sus familias la necesidad de un nuevo planteamiento. *Viure en salut*.

Poveda Salva, R. (2015). Aspectos Psicosociales de la enfermedad crónica. Recuperado el 23 de julio de 2016

Ramírez, J. J. (2012). El marco jurídico del servicio social en México. México: Gaceta Medica.

Royal College of Psychiatrists. (2007). La Terapia Cognitivo Conductual. London: Sociedad Española de Psiquiatría.

Sánchez. B. Antonio (2001). Psicoterapia Dinámica Breve aproximación conceptual clínica. *Revista de la asociación española de neuropsicología*, v15 pp7-25.

Sánchez Barranco, A. (2001). Psicoterapia dinámica breve aproximación conceptual y clínica. *Revista de la asociación española de neuropsicología*, v15 7-25.

Shuman, R. (1996). *Vivir con una enfermedad crónica*. Nueva York: Basic Books.

Vinaccia, Stefano L. M. (2005). *Aspectos Psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. Bogotá Colombia: Diversitas.

Vega Angarita, O. G. (2009). *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Santander Colombia: enfermeria.global.

Vicario, A. (2010). La paradoja entre el decir y el hacer. *Revista Federal Argentina de Cardiología*.v2 pp12.

Vicario, A. (2010). Hipertensión arterial otro camino hacia el deterioro cognitivo, la demencia y las alteraciones conductuales. Buenos Aires: elservier.

Villasana López, P. E. (2007). De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. La Habana Cuba: sociedad cubana de administración en salud.

Vinaccia, S. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas.

Vinaccia, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 15-31.

Zarit, S., & al., e. (1980). Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden gerontologist.

Cibergrafía

APA. (2016). <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>. Recuperado el 28 de junio de 2016, de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>.

Lizárraga, B. (Marzo de 2004). Terapia Cognitiva. Recuperado el 26 de Agosto de 2016, de http://sesionesdelaterapiacognitiva.blogspot.mx/2014_03_01_archive.html

OMS. (2008). Enfermedades crónico degenerativas http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/. Consultado el 30 de agosto 2016

OMS. (2015). Organización mundial de la salud centro de prensa <http://www.who.int/mediacentre/es/>. Recuperado el 20 de julio de 2016

Secretaria de salud. (2001). programa de acción enfermedades cardiovasculares e hipertensión, arterial. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/enf_cardiovasculares.pdf

Secretaria de salud. (2013). boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2. CDMX: secretaria.de.salud. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf consultado el 27 de Agosto 2016

WHO.(2008).World Health Statistics. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/> consultado 10 de septiembre 2016

Enfermedades crónicas la necesidad de tener resistencia emocional
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx> consultado el 13 de julio 2016