

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

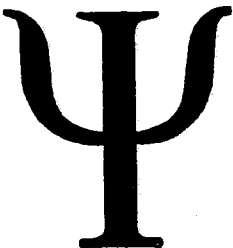
P R E S E N T A :

IVETT IBÁÑEZ AGUILAR

DIRECTOR DEL REPORTE:
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

JURADO DE EXAMEN:

PRIMER VOCAL: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
SEGUNDO VOCAL: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
TERCER VOCAL: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
SECRETARIO: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
SUPLENTE: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
SUPLENTE: MTRO. FERNANDO P. VAZQUEZ PINEDA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi madre por ser la persona más importante en mi vida, por todo el amor que me ha ayudado a salir delante de los problemas, por toda la felicidad que me has otorgado y simplemente porque sin ti no hubiera alcanzado tantas metas.

A mi padre porque gracias a todas tus enseñanzas he logrado mis sueños, por ser el mejor modelo que pude tener para comprometerme con mis proyectos.

A mi hermanita Sandy por ser una de las personas más importantes en mi vida, que con tu ejemplo, compañía, amor y apoyo, has contribuido de manera significativa a que consiga mis objetivos.

A Juan Manuel por tu cariño, apoyo absoluto y por ser como un hermano.

A César y Norma por su apoyo en todo momento.

A Marianita por llenar de alegría mi vida.

A mi tía Licha por todo tu cariño y apoyo incondicional.

A mi tía Chata por la preocupación y apoyo en toda mi formación.

A *Gris* por ser mi ángel de la guarda.

A *Alan* por todo el cariño, la compañía en momentos difíciles, creador de los momentos más bellos de esta etapa, por nunca dejarme caer, porque gracias a todo esto pude mantenerme en esta meta.

A *César* por despertarme de nuevo a la vida, hacerme sonreír, por tu amistad y cariño incondicional, por ser mi motorcito para concluir este proyecto que parecía inalcanzable.

A *Francisco* por tu amistad, tus consejos, tu preocupación, por inyectarme motivación para triunfar.

A las "resistentes" *Belén, Sol, Rose* por su compañía, apoyo y las palabras de aliento.

A mi tutor *Sam* por tu tiempo, disponibilidad e interés para mejorar mi desempeño y por hacer posible este logro.

A mi guía *Rebe* por tus sabias palabras, por tu acertada forma de enseñar que me hizo crecer a nivel profesional y especialmente en el ámbito personal.

A los terapeutas del PAPACEDS Ale, Andrés, Ari, Betsa, Claudia, Edith, Gustavo, Janneth, Lety, Naara, Nancy, Osvaldo, Paty, Raúl, Salvador, Tere, por todos los momentos compartidos.

A mis profesores Fernando Vázquez, Isabel Reyes, Leonardo Reynoso, Isaac Seligson, Arturo Martínez, por contribuir significativamente en mi formación profesional.

A los "amiguitos del bosque" Ceci, Edson, Sis, Iora, Jacob, Luis, Mane, Melly, Norma, Pao, Vic, por su amistad y consuelo, por todos los ratos que me alegraron la existencia.

A la UNAM por ser nuevamente mi segundo hogar, por brindarme la oportunidad de aprender, conocer a personas valiosas, vivir momentos difíciles que me ayudaron a crecer y también por formar los recuerdos más agradables de mi vida.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ibáñez Aguilar Ivett

FECHA: 06/12/05

FIRMA: Ivett

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. Sede: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".....	6
Creación del Centro de Servicios Psicológicos.....	6
Características de la Sede.....	7
CAPÍTULO 2. Subsede: Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.....	11
Creación del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.....	11
Servicio.....	13
Docencia.....	27
Investigación y Prevención.....	30
CAPÍTULO 3. Actividades desarrolladas en la sede.....	32
Servicio.....	32
Programa de Intervención Grupal para Pacientes con Epilepsia.....	39
Docencia.....	41
Actividades académicas.....	43
Coordinación del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.....	45
Intervención Comunitaria.....	48
CAPÍTULO 4. Programa de Intervención Psicológica para disminución de peso en un caso de obesidad.....	50
Epidemiología	51
Definición de obesidad.....	56
Etiología.....	57
Complicaciones.....	58
Tratamientos médicos.....	60

Tratamiento psicológico.....	60
Justificación.....	72
Programa de disminución de peso para una paciente con obesidad grado II.....	73
Resultados generales y conclusiones.....	95
Sugerencias.....	100
CAPÍTULO 5. Proceso de Admisión y Canalización.....	103
CAPÍTULO 6. Evaluación, sugerencias y conclusiones.....	127
REFERENCIAS	135
ANEXOS	138

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha considerado que al curar las enfermedades se devuelve la salud a los individuos, de manera que se ha mantenido un modelo curativo tradicional, el cual ha incluido principalmente a personal médico. No obstante, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (Encarta 2002), la salud se define como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Con lo anterior se resalta la importancia de considerar la interacción de distintas disciplinas, a fin de abordar el problema desde esas tres esferas, es decir, el área de salud no es exclusiva del personal médico, sino que requiere un trabajo multidisciplinario; esto a su vez implica buscar más que la sola ausencia de enfermedad. Es así que se considera necesario incorporar dentro de las ciencias de la salud el componente social y psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, imperante dentro de éstas. Para ello es forzosa la intervención de otros profesionistas como odontólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, psicólogos, entre otros.

Por otro lado, el perfil de las enfermedades en el país ha cambiado. A principios de 1900 predominaron los padecimientos infecciosos y parasitarios, pero es durante la segunda mitad del siglo XX cuando se observó el gradual predominio de las llamadas crónico-degenerativas. En México, las principales causas de mortalidad general en el 2003, de acuerdo a la Secretaría de Salud, fueron diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedad cerebro vascular. Este cambio radical en las tasas de mortalidad y morbilidad hacen constatar que lo importante no es lo que la gente tiene, sino lo que hace, ya que los padecimientos predominantes en la actualidad son generados o exacerbados por hábitos o estilos de vida como el tipo de

alimentación, la realización de actividad física, el vivir bajo situaciones de estrés intenso, por señalar sólo algunas.

Por todo lo anterior, no sólo se enfatiza la integración de otros profesionistas al área de salud, sino también el prevenir los padecimientos más que sólo curarlos.

Estos cambios en el campo de la salud, lleva a los profesionistas de la Psicología a realizar investigaciones en las cuáles se ha encontrado una estrecha relación entre conductas cotidianas, actitudes y creencias (estilos de vida) con la aparición de la enfermedad (Matarazzo, Weiss, Herd y Miller, 1984). Si se considera que la aparición de los padecimientos se relaciona con los estilos de vida de las personas, queda claro que las acciones, van más allá de los escenarios hospitalarios y las indicaciones médicas, ya que es necesario contar con una disciplina que apoye a los pacientes para que adquieran habilidades necesarias para modificar sus conductas, lo cual se vea reflejado a su vez en los índices de morbilidad y mortalidad. Los cambios en los estilos de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad, así como reducir los síntomas de la misma, lo cual no sólo ayuda a los pacientes a sentirse mejor físicamente, sino también emocionalmente. De esta manera también se contribuye a mejorar la eficacia de las intervenciones médicas, a reducir la sobreutilización de los sistemas de salud y por ende los costos.

Es así como surgen dos áreas importantes, la Medicina conductual y la Psicología de la Salud. La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración de conocimientos de las ciencias conductuales y biomédicas, así como técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de lo anterior para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978, en Matarazzo, Weiss, Herd y Miller, 1984).

La Psicología de la Salud es la suma de las aportaciones de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud (Matarazzo, 1980). La Psicología de la Salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

- Determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades (patógenos conductuales), es decir, la conducta es un factor de riesgo.
- La modificación de ciertos comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud (inmunógenos conductuales).
- El comportamiento se puede modificar con relativa facilidad.
- Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costoutilidad/eficacia (Latorre y Beneit, 1994).

El psicólogo especialista en Medicina conductual dentro del campo de la Psicología de la Salud cuenta con los conocimientos, habilidades y destrezas para ayudar al paciente a que adquiera las herramientas necesarias para modificar estilos de vida, las estrategias de enfrentamiento para aprender a vivir con el padecimiento y así evitar deterioros psicológicos y conductuales, en otros términos, mejorar la calidad de vida del paciente. Además, es capaz de intervenir en los tres niveles de atención médica, definidas en la Ley General de Salud (2005); en el primer nivel que incluye acciones preventivas de promoción general y protección específica, en el segundo, que implica diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, así como en el tercero en el que se incluye a la rehabilitación para corregir invalidez física o mental.

Como se puede reflexionar hasta el momento, es indispensable contar con especialistas dentro de éstas áreas, por lo cual la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la División de Estudios de Posgrado, desarrolló el Programa de Residencia en Medicina Conductual (2001), con carácter de estudios de maestría, con la finalidad de desarrollar en los egresados habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y compromiso ético, a través del vínculo de las acciones profesionales con las instituciones de salud, e intervenir en las siguientes áreas:

- Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida.
- Prevención de enfermedades crónico degenerativas.
- Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida.
- Favorecer la adherencia terapéutica.
- Manejo de estrés, depresión, ansiedad y déficit en habilidades sociales.
- Rehabilitación a través del establecimiento de conductas alternativas, entre otras.

A través del presente informe, se pretende describir al lector las actividades desempeñadas a lo largo de dos años y medio, con la finalidad de mostrar las competencias adquiridas para intervenir en problemas de salud.

En el primer capítulo se hace una breve descripción de la sede en la cual se desarrollaron las actividades profesionales. El capítulo II expone las características de la subsede, las tareas que se realizan dentro de la misma, así como las técnicas que emplea para cumplir con sus objetivos. En el capítulo III se presentan todas las labores desempeñadas por el residente tanto a nivel académico, clínico,

docente y comunitario. En el capítulo IV se muestra un programa de intervención psicológica para disminuir peso en una paciente con obesidad. En el capítulo V se desarrolla un proyecto de mejora a los procesos administrativos de prestación de servicios psicológicos dentro de la sede. Finalmente, en el capítulo VI se elabora una evaluación, junto con sugerencias y conclusiones tanto de la sede, los sistemas de supervisión, así como de las actividades y competencias profesionales alcanzadas.

CAPÍTULO I

SEDE: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

"DR. GUILLERMO DÁVILA"

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", junto con Hospitales e Institutos, forma parte del conjunto de sedes donde el estudiante de la Maestría en Psicología Profesional, con Residencia en Medicina Conductual, realiza su ejercicio profesional. Como residente se cubrieron dos años de ejercicio profesional dentro de este escenario, el cual se describe a continuación.

Creación del Centro de Servicios Psicológicos

Una vez que la Facultad de Psicología de la UNAM, se constituye como tal después de haber estado adscrita como escuela a la Facultad de Filosofía y Letras, surge un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica comunitaria. La justificación de este proyecto se encontraba en las necesidades de un nuevo programa de psicólogos clínicos a nivel maestría y doctorado, ya que se requería de un espacio en el que se conjugaran aspectos académicos con la práctica clínica, cumpliendo al mismo tiempo una función social. La creación de un Centro de Servicios Psicológicos para la comunidad, cumpliría con el entrenamiento a los psicólogos clínicos en habilidades como: atención individual, familiar, de pareja y de grupo.

En 1981, se inaugura oficialmente el Centro de Servicios Psicológicos; las actividades que inicialmente dirige se enfocan a cubrir los siguientes objetivos:

- Proporcionar atención psicológica enfocada a los siguientes aspectos:

Informativo: proporcionar orientación sobre el tipo de servicios que ofrecían a la comunidad diversas instituciones.

Preventivo: por medio de ciclos de conferencias, talleres y mesas redondas.

Académico: mediante la organización de talleres de hábitos de estudio, control de la ansiedad ante los exámenes, etc.

Terapéutico: terapia individual y grupal .

- Organizar seminarios, conferencias, mesas redondas que contribuyan a la formación profesional.
- Desarrollar programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de Posgrado.
- Realizar programas de investigación psicológica (García 2003; Lorentzen, 1986).

Actualmente, el Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (ver figura 1).

Características de la Sede

Ubicación

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila" se encuentra ubicado en el sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología de la UNAM, en Avenida Universidad #3004, en Ciudad Universitaria.

Nivel de atención

El CSP se encuentra en el segundo nivel de atención a la salud, ya que cuenta con el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, que da atención a población que padece alguna enfermedad de tipo crónico degenerativa.

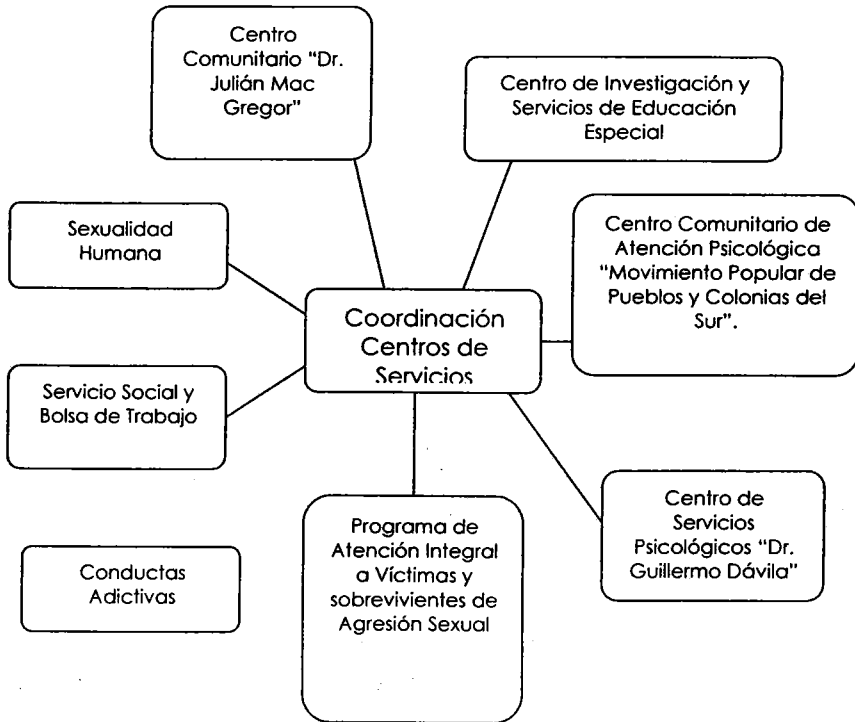


Figura 1. Centros y Programas pertenecientes a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

Servicios de la sede

Los servicios que se proporcionan en el CSP son de orientación, canalización, evaluación diagnóstica, tratamiento y docencia. Para ello, cuenta con diferentes programas de atención a cargo de las residencias de Maestría y terapeutas que trabajan diferentes corrientes psicológicas (ver tabla 1).

PROGRAMAS	RESIDENCIAS	TERAPEUTAS
Modificación de Hábitos Alimenticios Terapia Familiar Terapia de Pareja Terapia Infantil Retroalimentación Biológica Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos	Medicina Conductual Terapia Familiar Terapia Infantil	Enfoque Cognitivo-conductual Enfoque Psicodinámico Enfoque Sistémico

Tabla 1. Programas, residencias y terapeutas del CSP.

Si bien el CSP no cuenta con un documento oficial que indique su funcionamiento operativo, durante la residencia se observó la siguiente estructura (ver figura 2):

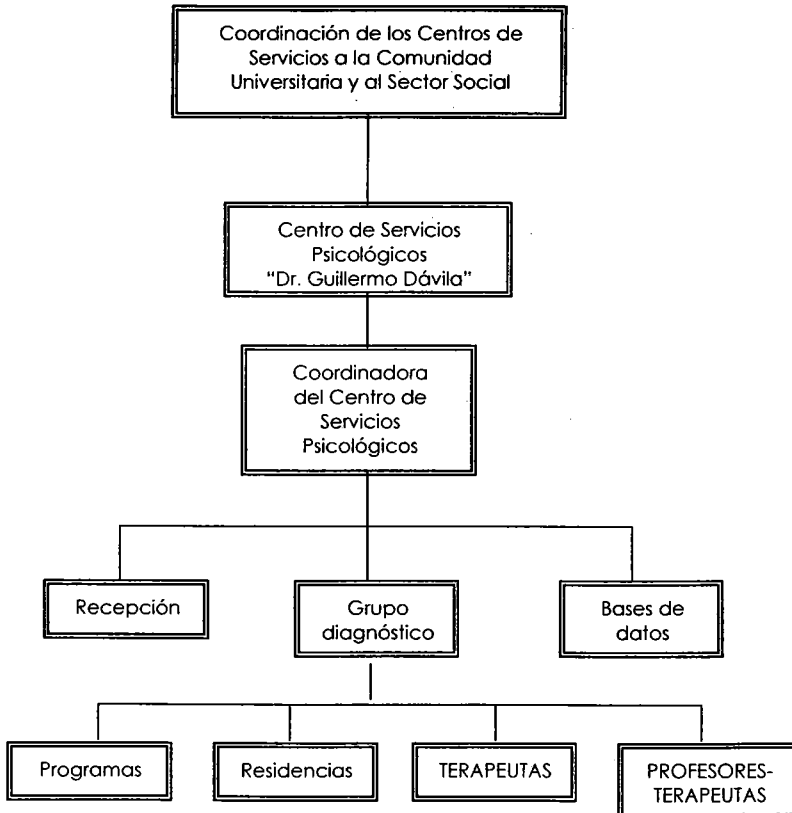


Figura 2. Organigrama de Centro de Servicios Psicológicos”.

Recursos Humanos

El Centro de Servicios Psicológicos cuenta con cerca de 67 terapeutas y profesores, más de 150 estudiantes de licenciatura y posgrado (dato proporcionado por la Coordinadora del CSP), 2 recepcionistas, 1 personal administrativo encargado de la base de datos y una coordinadora

Recursos Físicos

Para cumplir con sus objetivos, el CSP cuenta con 12 cubículos de atención individual, 5 cámaras de Gesell con equipo de videograbación, 1 sala para terapeutas con equipo de cómputo, una recepción, un área administrativa, una coordinación, una sala de espera y una cocina.

Líneas de autoridad

Como encargada de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social se encuentra la Mtra. Beatriz Vázquez Romero y la Coordinadora del Centro de Servicios Psicológicos es la Lic. Noemí Barragán Torres.

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la Sede

Servicio al que se encontró adscrito

La residente estuvo adscrita al "Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos" (ver descripción en el Capítulo II).

Supervisor in situ

La responsable del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, funge como supervisora in situ y se encarga del entrenamiento, supervisión y coordinación de los residentes.

CAPÍTULO 2

SUBSEDE: PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS

El residente de Medicina Conductual que realiza su labor práctica y académica en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", es ubicado dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos (subsede). Para la mejor comprensión de los objetivos que se buscan alcanzar a través de dicho Programa, en este capítulo se describen las actividades que en el mismo se realizan.

Creación del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

Este Programa fue creado por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy en el año 2000, con dos objetivos principalmente: 1) entrenar y desarrollar habilidades clínicas en estudiantes de la Maestría en Psicología Profesional dentro del área de Medicina Conductual y 2) brindar atención psicológica a pacientes con algún padecimiento físico a fin de mejorar su calidad de vida.

Un objetivo secundario consiste en educar a la población con respecto a cómo un tratamiento psicológico ayuda a quienes sufren alguna enfermedad física, aún cuando la mayoría de las personas que acuden al Centro de Servicios Psicológicos no las presentan. En este caso, como profesional de la salud, se tiene la responsabilidad de identificar en los pacientes conductas de riesgo en sus estilos de vida, con la finalidad de detectar y prevenir oportunamente la aparición de algún padecimiento.

El Programa fundamenta sus estrategias terapéuticas en un marco cognitivo-conductual, lo que le permite intervenir también en problemas de otra índole, como son ansiedad, depresión, enojo, habilidades sociales, solución de conflictos, poca percepción de autoeficacia, por mencionar algunos.

Recursos Humanos

Durante los dos años que se ejerció como residente, el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativo contó con los siguientes recursos humanos:

- ▶ 1 Coordinadora del programa.
- ▶ 1 Estudiante de doctorado.
- ▶ 2 Residentes de segundo año.
- ▶ 3 Residentes de primer año.
- ▶ 3 Tesistas de licenciatura.
- ▶ 3 Estudiantes de prácticas profesionales.
- ▶ 2 Prestadores de servicio social.

El formar parte de este Programa, permite al estudiante no sólo insertarse en el campo de la salud, sino también adquirir competencias para la práctica terapéutica tanto en el sector público como privado.

Alcance del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

Las actividades que se realizan dentro del Programa se dividen en cuatro grandes rubros:

- ▶ Servicio
- ▶ Docencia

- ▶ Investigación
- ▶ Prevención

SERVICIO

Con la finalidad de proporcionar tratamiento psicológico a quien lo requiera, el Programa cuenta con un procedimiento fundamentado en la literatura con enfoque cognitivo-conductual, el cual se encuentra estructurado en una serie de etapas que van desde que el paciente solicita el servicio hasta el momento en que se le da de alta (ver figuras 3 y 4). A continuación se describen cada una de estas etapas.

Ψ Admisión

Desde el inicio de la Residencia el proceso de admisión sufrió modificaciones con la finalidad de optimizar tiempos y recursos para mejorar su efectividad. Como residente del Programa se contribuyó de manera significativa a dichas mejoras, las cuales se describen con detalle en el capítulo 3.

Ψ Evaluación

El objetivo de la evaluación consiste en obtener información para formular y conceptualizar el caso clínico. Una vez obtenidos los datos necesarios, pueden ser asociados a una teoría psicológica a fin de elaborar un plan de tratamiento que satisfaga las necesidades del paciente. La conceptualización del caso incluye el origen de un problema o síntoma, la descripción de los factores principales que contribuyen a la frecuencia, intensidad y/o duración del mismo, las explicaciones de por qué se ha mantenido, posibles estrategias de solución, así como variables que deben ser monitoreadas para valorar el impacto de la intervención.

Algunos de los métodos que se utilizan para el proceso de evaluación son: entrevistas con formatos estructurados o semi-estructurados (ver anexo 1 y 2), observaciones conductuales, escalas de medición, autorregistros (horario de actividades, tensión arterial y pulso, dolor de cabeza, etc., ver anexo 3) y pruebas psicométricas.

Las pruebas psicométricas empleadas con mayor frecuencia dentro del Programa son:

- Inventario de Ansiedad de Beck (ver anexo 4).
- Inventario de Depresión de Beck (ver anexo 5).
- Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw (ver anexo 6).
- Inventario de Autoevaluación (ver anexo 7).
- Inventario de Resolución de Conflictos (ver anexo 8).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 de Hathaway y Mckinley.

Una vez recabada la información durante la evaluación, se procede a integrarla en el reporte de evaluación diagnóstica, para lo cual se emplea el formato de *Modalidad de tratamiento* (ver anexo 9), en donde se registran los instrumentos aplicados, datos cuantitativos y cualitativos, así como técnicas a utilizar. Finalmente se elabora el Plan de Tratamiento (ver anexo 10), el cual tiene como objetivo guiar el proceso de intervención. Para ello se incluyen datos de identificación del paciente, diagnóstico médico y psicológico, objetivo de tratamiento, modalidad y áreas de trabajo. La información que contiene es:

- 1) Definición de la conducta a modificar en términos de excesos, déficits y recursos cognitivo conductuales.

2) Eventos manifiestos (conductas) y / o encubiertos (pensamientos) que preceden y siguen a la conducta meta, así como las ganancias secundarias por mostrar dicha conducta.

3) Aspectos que motivarán al cambio.

4) Personas significativas para el paciente.

5) Factores que mantiene el problema.

6) Técnicas, procedimientos y actividades para cada área en la que el paciente presente dificultades y

7) Evaluación del programa de intervención, donde se incluye el monitoreo, la programación de mantenimiento del cambio de la conducta, los resultados y la satisfacción del paciente con la intervención.

Ψ Integración del expediente

Para mantener organizada la información del paciente, así como la del proceso terapéutico, se hace uso del expediente clínico, el cual contiene la solicitud del paciente y los siguientes formatos en este orden:

- Hoja Frontal (ver anexo 11).
- Nota Psicológica (ver anexo 12).
- Registros y tareas del paciente.
- Plan de Tratamiento (ver anexo 13).
- Modalidad de Tratamiento (ver anexo 9) junto con todos los instrumentos psicométricos aplicados.
- Entrevista de pre-consulta (ver anexo 2).

Según el estatus de la intervención se incluye el formato de alta (ver anexo 14), baja (ver anexo 15) o baja voluntaria (ver anexo 16).

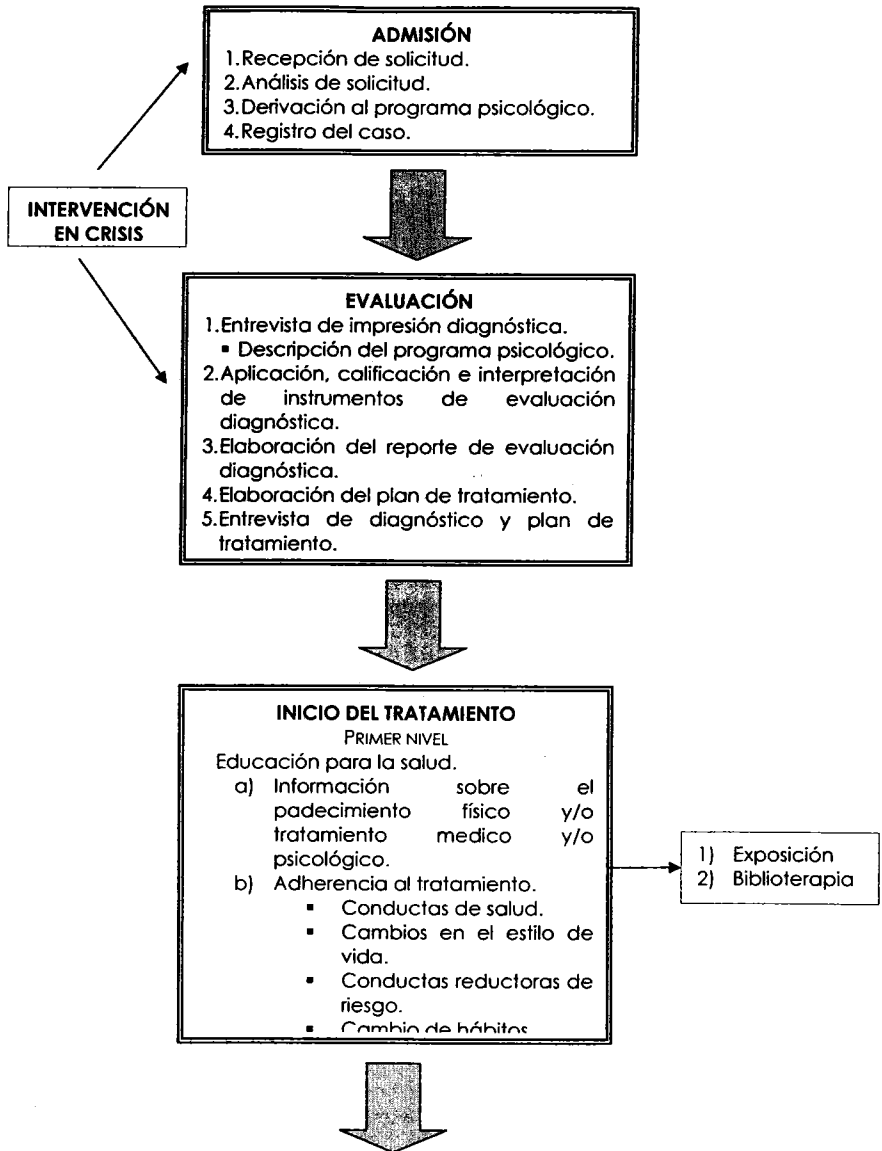


Figura 3. Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.

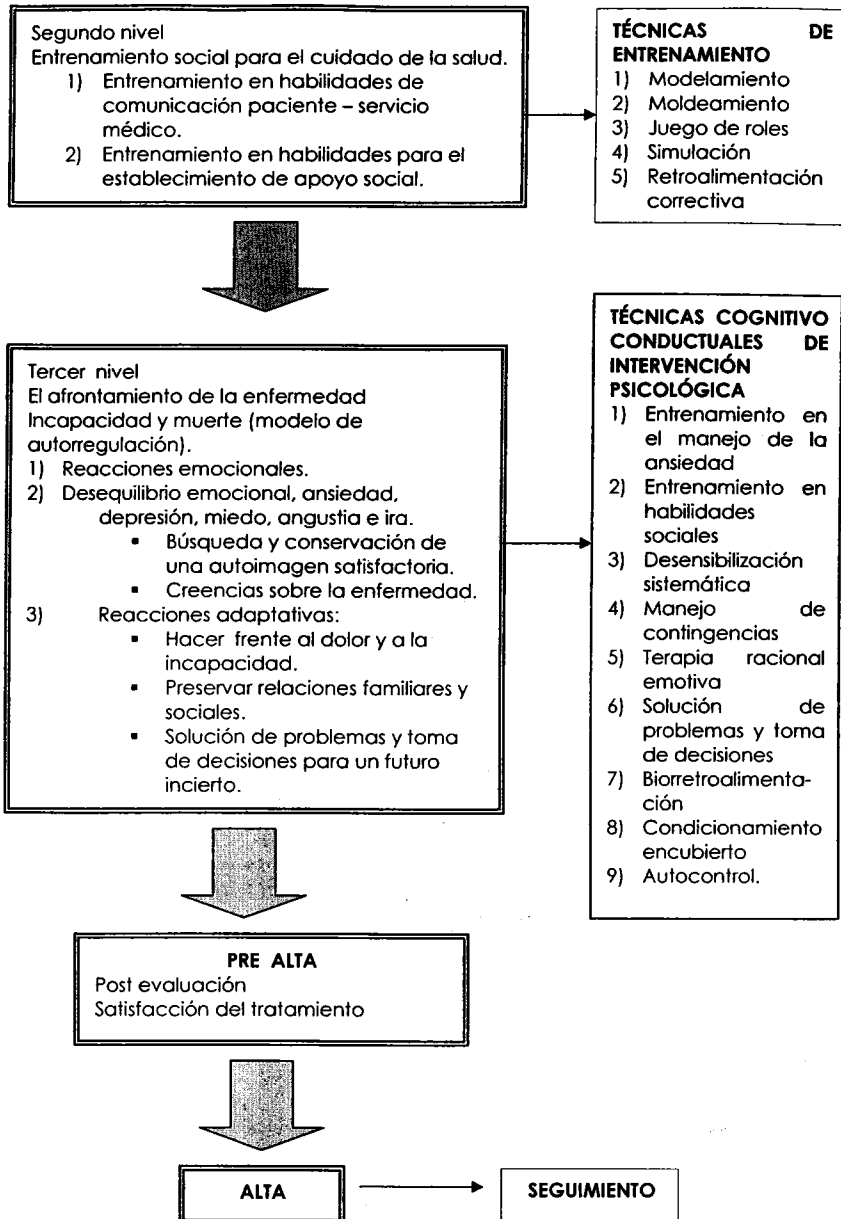


Figura 4 (cont.). Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.

Ψ Inicio del Tratamiento. Primer nivel: Educación para la salud.

Durante esta etapa es necesario que el paciente adquiera cierto grado de conocimientos acerca de la enfermedad que padece como: la etiología, signos y síntomas, complicaciones, tratamiento médico y tratamiento psicológico. Esta información es fundamental en el tratamiento de los padecimientos físicos, ya que puede presentarse un déficit o un exceso de información, que en algunas situaciones ocasiona la impresión de tener poco o nulo control sobre el padecimiento. También llegan a presentarse pensamientos irracionales con relación a la enfermedad, que obstaculizan la adherencia a los tratamientos, como lo son la visita al médico, la toma de medicamentos, la realización de análisis de laboratorio y gabinete, así como la modificación de estilos de vida (alimentación saludable, realización de ejercicio, disminución del consumo de alcohol o tabaco, etc.) (Latorre y Beneit, 1994).

Las técnicas que se utilizan para esta primera etapa son:

- ▶ **Exposición.** Esta técnica debe (Rodríguez, 2000):
 - a) Ofrecer información clara y simple evitando demasiados conceptos médicos y revisando la comprensión del paciente durante el proceso de explicación.
 - b) Usar recomendaciones específicas con ejemplos concretos.
 - c) Señalar primero las cosas importantes, ya que las investigaciones sugieren que lo que se dice primero se recuerda mejor.
 - d) Emplear la repetición, principalmente cuando el nivel educativo es bajo.
 - e) Resumir los puntos principales de una forma breve y clara.

- f) Categorizar la información para reducir la complejidad y ayudarlo a recordar, es decir, cuando la información sea compleja se dividirá en módulos o unidades.
- g) Usar herramientas como lo son imágenes, ya que facilitan la memorización de la información.

► **Biblioterapia.** Esta técnica consiste en sugerir al paciente algunas lecturas relacionadas con el tema de salud a tratar, o bien, folletos informativos elaborados por el terapeuta.

Ψ Segundo nivel. Entrenamiento social para el cuidado de la salud.

El apoyo social es definido como la variedad de material y soporte emocional que una persona recibe de otros. Los pacientes con un mayor soporte social tienden a vivir más que los que se encuentran aislados, esto se encuentra principalmente asociado al manejo del estrés, ya que este soporte actúa como factor protector (Brannon y Feist, 1997).

La comunicación médico-paciente en la actualidad está muy deteriorada y esto afecta de forma considerable la adherencia a los tratamientos médicos (Rodríguez, 2000). Latorre y Beneit (1994) concluyen que los factores que intervienen en la comunicación paciente-médico son:

- *Percepción de sí mismos.* La imagen que una persona tiene de sí misma se ve amenazada cuando se establece una relación interpersonal. Los pacientes en la interacción con el médico, frecuentemente anteponen su miedo de manifestar su ignorancia o su incompetencia con respecto al padecimiento, no preguntan si no han entendido cualquiera de las explicaciones y temen

expresar sus ideas y temores, por lo que la comunicación se ve obstaculizada.

- ▶ *Percepción de los demás.* La imagen de los trabajadores de la salud ante los pacientes interviene en la comunicación eficaz. Los pacientes pueden considerar que los médicos están sobrecargados de trabajo y que se espera de ellos que sean poco exigentes e independientes. De esta manera no defienden su derecho a la información, comunicación y participación de sus propios cuidados.
- ▶ *Influencia del contexto.* Los centros de salud generalmente están excedidos en cuanto a la asistencia de pacientes y el equipo médico se comunica sólo con personas que tienen el mismo rango.

Las técnicas empleadas para el entrenamiento social para el cuidado de la salud son (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2001):

- ▶ *Modelamiento:* Es un procedimiento en el que se presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar. El terapeuta es el modelo a reproducir por el paciente.
- ▶ *Moldeamiento:* Método que se utiliza para establecer una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta y la extinción de tales aproximaciones a medida que se va configurando el comportamiento final deseado.
- ▶ *Juego de roles:* Consiste en recrear una situación problemática para el paciente en el que el terapeuta y el paciente fungen ciertos roles para determinar la manera en que se solucionaría el problema.
- ▶ *Simulación:* Consiste en la descripción de la ejecución de la conducta a realizar.

- ▶ **Retroalimentación correctiva:** El terapeuta va indicando al paciente los aciertos en la ejecución de su conducta y los puntos a mejorar.

Ψ Tercer nivel. El afrontamiento de la enfermedad.

Durante esta etapa, el objetivo consiste en brindar al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de construir representaciones más adecuadas de la misma, creando estrategias eficaces de afrontamiento.

Las funciones físicas y psicosociales de los pacientes con las mismas condiciones médicas varían ampliamente, esto depende de la representación de la enfermedad elaborada por él mismo. Esta influye en las reacciones emocionales a los síntomas y conductas de autocuidado. Los pacientes con una percepción negativa de su enfermedad tienden a la depresión; los que ven la enfermedad como seria, crónica e incontrolable tienden a ser más pasivos, con menos habilidades, pobre funcionamiento social y problemas de salud mental (White, 2001).

El conjunto de consecuencias por padecer una enfermedad es en ocasiones entendida por el paciente en función de sus creencias y suposiciones acerca del mundo en el que vive (Latorre y Beneit, 1994). Por esto los terapeutas necesitan entender la estructura cognitiva interpretativa de los cuales los pacientes derivan significados de sus experiencias y es importante que las intervenciones psicológicas lo tengan en cuenta para que sean efectivas.

Las técnicas empleadas en esta etapa son:

► **Técnica de relajación.**

La relajación es un proceso psicofisiológico que está integrado por componentes fisiológicos (patrón reducido de activación somática y autónoma), subjetivos (informes de tranquilidad y sosiego) y conductuales (estado de quiescencia motora). El entrenamiento de patrones respiratorios caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones abdominales, incrementan el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular a través de los cambios del ritmo cardíaco asociados a la inhalación y exhalación de cada ciclo respiratorio. En el caso de la relajación progresiva de Jacobson, el principal mecanismo de aprendizaje es la discriminación perceptiva de los niveles de tensión en cada grupo muscular a través de los ejercicios sistemáticos de tensión-distensión. En la relajación autógena de Schultz, el mecanismo podría estar relacionado con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta (sensaciones de peso y calor) que dispararían las eferencias somáticas y viscerales correspondientes (Caballo, 1991).

► **Desensibilización sistemática.**

Esta técnica está basada en los principios del condicionamiento clásico. Los tres componentes básicos son: 1) entrenamiento del paciente en una técnica de relajación, 2) elaboración de una jerarquía de situaciones, relacionadas con la conducta fóbica que provocan en el paciente una respuesta de ansiedad de intensidad creciente, 3) exposición del sujeto, utilizando la imaginación, a cada una de las situaciones de la jerarquía, (comenzando por la que provoca menor nivel de ansiedad), mientras permanece completamente relajado. Dado que la ansiedad y la relajación son dos respuestas incompatibles desde

el punto de vista psicofisiológico, se produce un proceso de contracondicionamiento según el cual el sujeto dejará de experimentar ansiedad por efecto de la relajación (Caballo, 1991).

▶ **Contracondicionamiento encubierto.**

Es un procedimiento encubierto que se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y que pretenden modificar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias también en la imaginación. El objetivo es disminuir la frecuencia de la conducta problema a través de la imaginación reforzándose una conducta alternativa que sea incompatible con la conducta problema (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2001).

▶ **Biofeedback.**

Esta técnica pretende que la persona consiga el control voluntario de una respuesta fisiológica relacionada con un problema específico. Se considera que el cambio en las respuestas fisiológicas se debe a: 1) el control sobre la respuesta fisiológica objeto del entrenamiento, 2) los posibles cambios generados por el control adquirido sobre esa respuesta y 3) los efectos producidos por el entrenamiento en biofeedback, globalmente considerado como un procedimiento de intervención, al margen del nivel de control adquirido sobre la respuesta fisiológica.

▶ **Manejo de contingencias.**

En el condicionamiento operante se describe la relación entre la conducta y los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen en la conducta. Esta relación (contingencia), comprende tres componentes: eventos

antecedentes (A), conductas (B) y eventos consecuentes (C). El desarrollo de programas efectivos depende de la comprensión de los tipos de eventos antecedentes y consecuentes que operan sobre la conducta. Los principios más importantes del condicionamiento operante son el reforzamiento, el castigo y la extinción. El reforzamiento es un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. Un evento contingente que incrementa la frecuencia de una conducta se conoce como reforzador. Un castigo es la presentación de un estímulo aversivo o el retiro de un evento positivo que procede a una respuesta, lo cual decrementa su frecuencia. La extinción se refiere al cese de reforzamiento de una respuesta, es decir, la reducción o eliminación de una respuesta (Kazdin, 1996).

► **Reestructuración cognoscitiva.**

En un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información que posee una persona sobre sí mismo y el mundo, afectará las respuestas tanto emocionales como conductuales del mismo. Antes de emitir una respuesta emocional o conductual, las personas clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos. Los esquemas cognitivos se describen como el conjunto de experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2001). En el modelo cognitivo de Beck, su fundamento es que en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información. Durante el

proceso de interpretación del estímulo podrían activarse esquemas cognitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión. De esta forma, el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación.

▶ **Entrenamiento en habilidades sociales.**

Se considera que las habilidades sociales se aprenden y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2001).

▶ **Solución de Problemas.**

El objetivo de esta técnica consiste en producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. El modelo de solución de problemas incluye cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones y 5) puesta en práctica y verificación de la solución (D´Zurilla, 1986).

▶ **Toma de Decisiones.**

El objetivo de la toma de decisiones es evaluar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. A nivel teórico la aproximación a la toma de decisiones se basa en dos modelos de decisión teórica: 1) la teoría de la utilidad esperada, en donde la elección de la conducta está basada en un análisis racional costo / beneficio y 2) la teoría de la perspectiva que toma en cuenta los efectos de los factores perceptivos y

subjetivos sobre la conducta elegida (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2001).

▶ **Autocontrol.**

Se define autocontrol como una habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta controlada exclusivamente por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas) que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias, en algún momento, podrían resultar aversivas para el individuo. Las técnicas de autocontrol se dividen en dos grupos: técnicas de control estimular en la que se manipulan los estímulos discriminativos que controlan la conducta problema antes que ocurra y técnicas de programación conductual, donde se manipulan las consecuencias de la respuesta una vez que ésta ha tenido lugar.

Ψ **Pre-alta**

Una vez que se han alcanzaron los objetivos del tratamiento, se inicia la fase de pre-alta, en la cual se evalúa nuevamente al paciente para conocer la efectividad del mismo (aplicación de los mismos instrumentos que se emplearon para realizar el diagnóstico). Es en esta etapa cuando se anticipa una posible recaída y se refuerzan las técnicas enseñadas en la intervención.

Ψ **Seguimiento**

Consiste en programar periodos de monitoreo de los cambios, con el objetivo de prevenir y/o intervenir en las recaídas. Para ello, se programan citas o se realizan llamadas telefónicas.

Ψ Alta

Si la evaluación es satisfactoria se decide dar de alta al paciente. Para ello se le indican los logros alcanzados con el tratamiento y se completa el Reporte de Alta (ver anexo 14). Se considera alta voluntaria, cuando el paciente considera que ha quedado cubierta su necesidad, aún sin haber concluido el plan reintervención solicitado.

Ψ Baja

Cuando un paciente no acude a alguna sesión terapéutica, el terapeuta investiga el motivo vía telefónica. Si ya no se encuentra interesado en el tratamiento, se le motiva para que lo continúe (rescate). Cuando no asiste a tres sesiones consecutivas o a 5 no consecutivas, sin justificación, se requisita el Reporte de Baja (ver anexo 15). Si no puede continuar asistiendo, por dificultades en el horario, cambio de residencia, exceso de trabajo, etc., se elabora una Baja Voluntaria (ver anexo 16) o si se mantiene interesado, una Baja Temporal por un tiempo específico, al término del cual puede retomar su tratamiento.

DOCENCIA

Un área muy importante para el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos es la de docencia, la cual tiene como objetivo principal que los estudiantes adquieran habilidades y destrezas clínicas, así como prepararlos para un ambiente laboral dentro del campo de la salud.

Para cumplir con esa meta se emplea un Modelo de Supervisión en Cascada (ver figura 5), a través del cual las habilidades y conocimientos son transmitidos del terapeuta con mayor jerarquía al que le sigue en nivel, cubriendo así hasta los que se inician en el entrenamiento clínico. De esta manera, en la cima del Modelo, se

encuentra la Lic. Rebeca Sánchez, responsable del programa, quien supervisa directamente a las residentes de nivel 2, las cuales supervisan a su vez a residentes de nivel 1 y éstos a tesistas, prestadores de servicio social y prácticas profesionales. Los residentes nivel 0, quienes aún no son ubicados en alguna sede para su labor clínica, son supervisados por la responsable del programa y por residentes nivel 1 y 2.

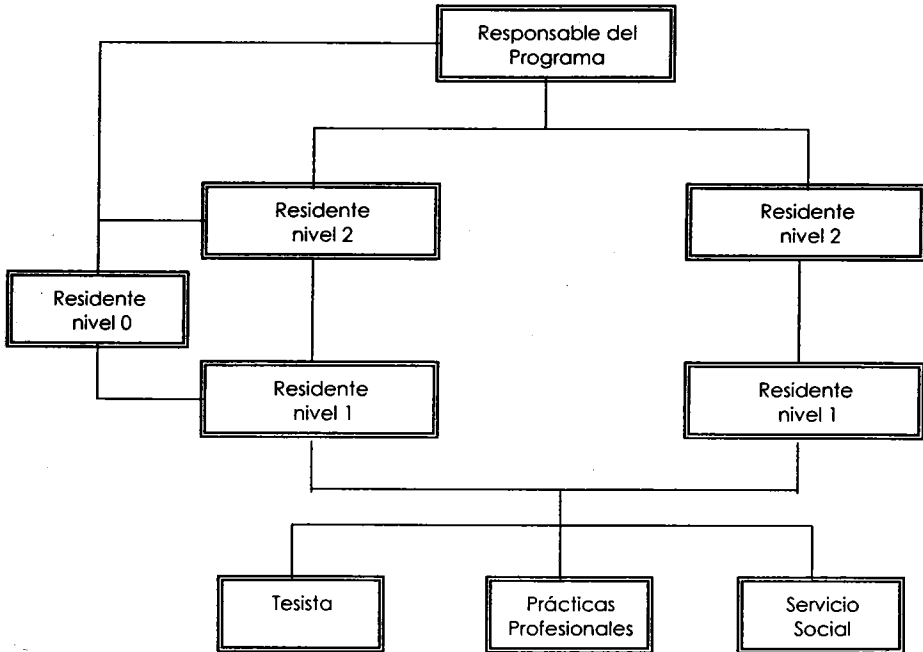


Figura 5. Modelo de Supervisión en Cascada.

Este Modelo tiene la ventaja de que los terapeutas con mayor experiencia transiten sus conocimientos y habilidades a quienes les falta por adquirirlas, de manera que conforme se avanza en jerarquías se vuelve más especializado el aprendizaje, lo que a su vez significa mayor aprovechamiento, sin que eso signifique que los principiantes no puedan tener la supervisión directa de terapeutas en otros niveles. Por otro lado, permite entrenar a los estudiantes en habilidades de supervisión y enseñanza.

El Modelo ha tomado como referencia programas en los cuáles se han empleado técnicas como el modelamiento, retroalimentación directa, uso de equipo audiovisual para la observación de habilidades y la exposición gradual a la práctica clínica para obtener un mejor aprendizaje. En primer lugar, los estudiantes aprenden los principios de la terapia conductual, para después observar a terapeutas experimentados en su interacción clínica con los pacientes; posteriormente, practican habilidades clínicas con la técnica de rol playing con su supervisor. Una vez que el estudiante ha desarrollado habilidades clínicas entra a sesiones de tratamiento con el supervisor. Con la observación directa de los casos clínicos, el estudiante va incrementando su actividad en la terapia y el supervisor va decrementando su acción saliendo de la sala y observando al estudiante en la cámara de Gesell (Hess, 1980).

La supervisión se ha definido como "una intervención que es provista por un miembro experto de una profesión a un miembro subalterno" (Bernard y Goodyear, 1992, en Watkins, 1997). La supervisión es evaluativa y se extiende a través del tiempo. Además, tiene propósitos simultáneos de incrementar el funcionamiento profesional del miembro subalterno, al monitorear la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los pacientes.

Watkins (1997) menciona que la supervisión es un elemento esencial en la práctica clínica porque:

- Ofrece una guía para los momentos de desorientación.
- Brinda retroalimentación sobre la actuación del terapeuta en la impartición de un tratamiento.
- Se obtiene un punto de vista diferente sobre el curso de tratamiento.

- Sirve como una base segura para los supervisados permitiéndoles saber que no están solos en el proceso de aprendizaje como terapeutas.
- Estimula la curiosidad del supervisado acerca de los pacientes y los tratamientos impartidos.
- Contribuye al proceso de la formación de una identidad terapéutica.

De esta manera la supervisión asegura que los pacientes sean tratados con profesionalismo, que no se perjudicará a los pacientes y que los terapeutas posean las herramientas suficientes para funcionar como tales.

INVESTIGACIÓN

El área de investigación dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos se encuentra en desarrollo. Por un lado se pretende que el tratamiento de cada paciente sea evaluado a fin de implementar planes de tratamiento estructurados para que se obtengan mejores resultados a corto plazo. Hasta el momento pasantes de licenciatura y estudiantes de maestría y doctorado, se encuentran desarrollando tesis cuyos datos se han obtenido del trabajo clínico dentro del Programa.

PREVENCIÓN

Las actividades de prevención se realizan al identificar en los pacientes conductas de riesgo para la salud tales como hábitos alimenticios inadecuados, falta de ejercicio, horarios de sueño poco saludables, actividad sexual no protegida, entre otros. En caso de encontrarlas, se programan sesiones de educación para la salud a fin de que el paciente considere la posibilidad de realizar cambios en su estilo de vida. Además, se han impartido pláticas informativas y se ha elaborado material (trípticos, folletos, carteles) para que la población identifique si

se encuentra en riesgo de padecer alguna enfermedad y se motive a solicitar el apoyo necesario.

CAPÍTULO 3

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos, específicamente en el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos (PAPAECD), se desarrollaron actividades de diversa índole con la finalidad de adquirir las competencias establecidas en el Programa de Residencia en Medicina Conductual.

El primer año de residencia tiene como objetivo principal entrenar al estudiante en habilidades de evaluación diagnóstica, desarrollo de programas de intervención y la práctica clínica propiamente dicha. El segundo periodo, además de abarcar todo lo anterior, se enfoca al desarrollo de habilidades de docencia (supervisión clínica), así como de coordinación y administración de los servicios brindados. Dichas actividades se pueden dividir con fines descriptivos en tres grandes rubros: servicio, docencia y actividades académicas; a continuación se desglosan siguiendo esa clasificación, no así por año de residencia para su mejor comprensión.

SERVICIO

Intervención clínica

Dentro de este rubro se incluyen todas aquellas tareas necesarias para brindar servicio terapéutico a los pacientes que acuden a la sede. Dichas actividades incluyen:

- **Entrevista de pre-consulta.** El residente se encargó de realizar entrevistas de pre-consulta, las cuales son el primer contacto clínico que se tiene con el paciente y cuyo objetivo consiste en

conceptualizar el caso, identificando antecedentes, áreas de incidencia, así como conductas, emociones y cogniciones que contribuyen al mantenimiento o exacerbación de los síntomas. Todo lo anterior con la finalidad de obtener una impresión diagnóstica y canalizar al paciente al programa o servicio que mejor cubra su necesidad.

- **Evaluación, integración del expediente y tratamiento o intervención terapéutica.** Una vez que se asigna un caso clínico al residente, éste se encarga de realizar la evaluación necesaria para poder elaborar un plan de intervención acorde al problema, así como integrar el expediente con los formatos correspondientes (ver Capítulo 2).
- **Intervención en crisis.** Para aquellos pacientes que acuden al Centro solicitando el servicio con carácter de urgente, por presentarse en un estado de crisis, se lleva a cabo una intervención breve que consiste en definir el problema, asegurar que el paciente se encuentre a salvo, dar apoyo, examinar alternativas, elaborar planes de acción, obtener compromiso, así como dar seguimiento.
- **Entrevista de orientación.** Este tipo de entrevista se lleva a cabo si durante la realización de la pre-consulta se identifica que el paciente no requiere una intervención terapéutica completa, sino una orientación que pueda resolver dudas con respecto a como hacer frente a alguna situación problemática y por ende controlar emociones negativas (ver anexo 17).
- **Rescates.** Cuando un paciente no acude a su sesión terapéutica sin justificación, se le contacta vía telefónica con la finalidad de explorar la razón y motivarle a continuar con su tratamiento a

través del ofrecimiento de alternativas de solución a las posibles barreras que se le presenten para asistir.

- **Seguimientos.** Consiste en programar periodos de monitoreo de los cambios logrados con la intervención terapéutica, con el objetivo de prevenir y/o intervenir en las recaídas. Para ello, se programan sesiones adicionales o se realiza vía telefónica.

Informe global de pacientes atendidos

Con la finalidad de obtener una información cuantitativa de la intervención clínica, tanto a nivel del (PAPAECD) como individual en el período de Residencia (2003-2005), a continuación se presentan los datos obtenidos de la estadística realizada.

El número de pacientes atendidos aumentó del año 2003 al 2004, sin embargo, las bajas también aumentaron en un 5%, no obstante el porcentaje de usuarios dados de alta se mantuvo en ambos periodos; es importante aclarar que en el momento de realizar la estadística, alrededor del 30% aún se encontraban en tratamiento psicológico (ver tabla 2).

	2003 (%)	2004 (%)
Tratamiento	36	27
Baja	32	37
Alta	24	24
Seguimiento	7	7
Canalización	1	5
Total	163 personas	194 personas

Tabla 2. Estado terapéutico de los pacientes atendidos.

La población atendida fue en su mayoría del sexo femenino, las edades oscilaron entre los 20 y 29 años, el estado civil más presentado fue el de soltero; estos dos últimos datos posiblemente se deban a que alrededor del 50% de los pacientes fueron estudiantes (ver tabla 3). La gente que acudió habita principalmente en la Delegación Coyoacán y en el Estado de México.

	2003 (%)	2004 (%)
Mujeres	71	68
Hombres	29	24 *
Edad promedio	Entre 20 y 29 años	Entre 20 y 29 años
Estado civil promedio	Soltero	Soltero
Estudiante UNAM	53	43
Público en general	41	43
Administrativo UNAM	5	7*
Delegación que solicita en mayor medida el servicio	Coyoacán	Coyoacán y Estado de México.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos

(*los porcentajes faltantes no se especificaron).

Por otro lado, en el 2003 los pacientes percibieron como severamente afectadas el área familiar, académica y de salud, a diferencia del año siguiente, donde todas se percibieron con esa intensidad con excepción del área sexual. Además, en todo el período las necesidades primordiales detectadas fueron entrenamiento en solución de conflictos, así como control de ansiedad y enojo. Los padecimientos médicos que se presentaron fueron gastritis, colitis y diabetes principalmente (ver tabla 4).

	2003	2004
Amistad	Muy afectada	Severamente afectada
Laboral	Afectada	Severamente afectada
Familiar	Severamente afectada	Severamente afectada
Académica	Severamente afectada	Severamente afectada
Sexual	Nada afectada	Nada afectada
Salud	Severamente afectada	Severamente afectada
Necesidades detectadas en su mayoría	Entrenamiento en solución de conflictos Control de ansiedad Control de enojo	Entrenamiento en solución de conflictos Control de ansiedad Control de enojo
Padecimientos médicos generalmente presentados	Gastritis y colitis	Gastritis y diabetes

Tabla 4. Áreas de incidencia de los pacientes atendidos.

Informe individual de actividades desarrolladas

Durante los dos años de residencia en el rubro de intervención clínica, se realizaron actividades diversas que van desde intervenciones terapéuticas, entrevista, evaluaciones, seguimientos y rescates. La tabla 5 presenta la frecuencia y duración en horas de cada una de esas tareas con la finalidad de obtener un tiempo estimado de práctica profesional.

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	HORAS
Intervenciones breves	268	268
Intervenciones a largo plazo	23	300
Intervenciones en crisis	8	16
Pre-consulta	Alrededor de 300	150
Elaboración de informes de diagnóstico	Alrededor de 300	100
Elaboración de notas clínicas	575	143
Entrevistas de orientación	3	3
Evaluaciones	30	60
Seguimientos	23	46
Rescates	Alrededor de 200	16
Total de horas:		959

Tabla 5. Frecuencia y duración de las actividades desarrolladas en la Residencia.

Las intervenciones a largo plazo se realizaron en un promedio de 15 a 20 sesiones. A diferencia de las intervenciones breves, sólo se obtuvieron datos estadísticos de estos pacientes por tener mayor

acceso a los mismos. Los datos sociodemográficos de los pacientes atendidos se muestran en la tabla 6; la población principalmente fue del sexo femenino, entre 20 y 29 años, estudiantes de licenciatura. Se concluyó el tratamiento psicológico con el 70% de ellos por lo que fueron dados de alta y el 30% restante no lo finalizaron, principalmente por incompatibilidad de horarios escolares, laborales o domésticos con el terapéutico (ver figura 6).

Aspectos sociodemográficos	Media
Sexo	Femenino
Edad	Entre 20 y 29 años
Tipo de población	Estudiantes
Estado civil	Solteras
Escolaridad	Licenciatura en curso
Ocupación	Estudiantes

Tabla 6. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos por el Residente.

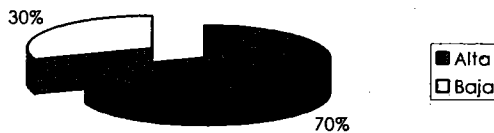


Figura 6. Estatus terapéutico de los pacientes atendidos (n=23).

En la figura 7 se puede observar que los casos atendidos presentaron dificultades para controlar sus niveles de ansiedad, así como para adherirse al tratamiento médico establecido por padecer algún problema de salud, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. En segundo término se trabajó con depresión y control de enojo.

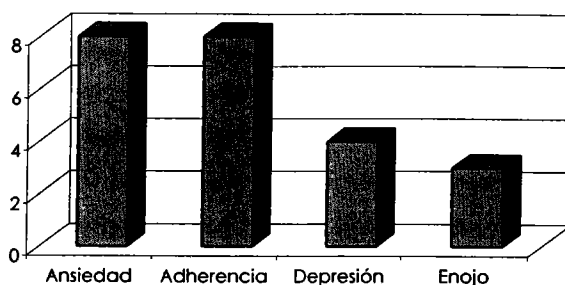


Figura 7. Diagnóstico psicológico de los pacientes atendidos por el Residente (n=23).

Finalmente, 15 pacientes contaron con algún diagnóstico médico; principalmente presentaron gastritis (4), seguidos de diabetes (2) y obesidad (2), ver tabla 7.

Padecimiento médico	Frecuencia
Gastritis	4
Diabetes II	2
Obesidad	2
Problemas ginecológicos	1
Coleterol elevado	1
Colitis	1
Hipertensión	1
Rinitis alérgica	1
Síndrome de Raynaud	1
Artrosis	1
Ninguno	8

Tabla 7. Diagnósticos médicos de los pacientes atendidos por el Residente.

Proceso de Admisión y Canalización de pacientes

Como se ha observado hasta ahora en la descripción de las actividades que se realizan en el Centro de Servicios Psicológicos, la principal tarea consiste en proporcionar atención psicológica al público en general. Para ello tiene con una serie de procedimientos con la finalidad de facilitar la admisión de los pacientes, así como su canalización en el caso que su necesidad no pueda ser cubierta con los programas que cuenta.

Desde el inicio de la Residencia, dichos procesos han sufrido modificaciones a fin de incrementar su eficiencia. El Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos desempeñó un papel primordial como pionero en el establecimiento de dichos cambios. Como Residente, especialmente en el segundo período de práctica, las actividades (además del trabajo clínico) estuvieron enfocadas a la planeación e implementación de procedimientos para la mejora continua, por tal motivo el capítulo 5 tiene como objetivo presentar todo el proceso de modificación.

Programa de Intervención Grupal para Pacientes con Epilepsia, así como para sus redes de apoyo social: Instituto Nacional de Neurología y Neuropsicología

El PAPAECD tiene un convenio con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a través del Departamento de Grupos de Apoyo, específicamente para pacientes con diagnóstico de epilepsia y sus familiares. Dicho convenio tiene como objetivos principales:

- 1) Que el paciente, así como sus familiares, adquieran habilidades que les permitan hacer frente al padecimiento, favoreciendo el control del mismo a través del manejo de las emociones y la adherencia al tratamiento médico con la finalidad de minimizar la ocurrencia de signos y síntomas.
- 2) Dar a conocer al personal médico la importancia que tiene el trabajo del psicólogo con especialidad en Medicina Conductual, para mejorar la calidad de vida del paciente con algún problema de salud como es el caso de la epilepsia, y que esto a su vez tenga repercusión en la apertura de más espacios hospitalarios para los Residentes.
- 3) Que los Residentes estructuren los conocimientos adquiridos a lo largo de la Maestría en programas de intervención eficaces.

El cronograma de actividades del grupo de apoyo para los pacientes con epilepsia está conformado por 12 sesiones mensuales con una duración de dos horas cada una, en la cual se incluyen además del trabajo psicológico, conferencias de otros profesionistas como es el caso de odontólogos, neurólogos y sexólogos. Psicología es la única área que tuvo mayor contacto con la población, ya que se le brindó el espacio para intervenir durante cinco sesiones las cuáles fueron programadas cada dos meses; estas tareas se realizaron durante el segundo año de la maestría junto con otra Residente del nivel II.

La intervención psicológica se estructuró de la siguiente manera:

Sesión 1. Motivación a la intervención psicológica.

Objetivo: Que la población identifique de qué manera una intervención psicológica puede brindarles herramientas para enfrentar su padecimiento con la finalidad de asegurar su permanencia, la difusión con otros pacientes, así como el compromiso con las actividades.

Procedimiento: Las ponentes se presentaron y destacaron su conocimiento dentro del área de la salud; de la misma manera se solicitó a los participantes que se dieran a conocer. Se realizó una reflexión acerca de las necesidades que presentan tanto los pacientes con epilepsia como sus familiares y se explicó la forma en que la intervención psicológica contribuiría a satisfacerlas.

Sesión 2. Educación para la salud.

Objetivo: Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de la etiología de la epilepsia, signos, síntomas, clasificación, factores de riesgo, intervención médica y aspectos psicológicos, esclareciendo duda que limiten la adherencia a su tratamiento.

Procedimiento: Se aplicó un Cuestionario de Conocimientos Generales sobre la Epilepsia al inicio y al finalizar la sesión. Se expusieron los temas anteriormente mencionados.

Sesión 3. Manejo de emociones.

Objetivo: Que los pacientes adquieran habilidades que les permitan controlar la frecuencia, duración e intensidad de sus emociones a fin de disminuir la incidencia de crisis epilépticas.

Procedimiento: Se explicó cómo realizar las técnicas de respiración diafragmática, control de estímulos, distracción y tarjetas de enfrentamiento, así mismo se expusieron ejemplos y se llevaron a cabo ensayos conductuales.

Sesión 4. Modificación de pensamientos distorsionados.

Objetivo: Que el paciente aprenda a identificar pensamientos distorsionados que influyen en la ocurrencia de emociones negativas, así como a generar pensamientos alternativos que disminuyan la aparición de éstas.

Procedimiento: Se explicó la conexión entre cogniciones, conductas y emociones. Se entrenó a los pacientes para que fueran capaces de identificar sus pensamientos, así como las emociones consecuentes. Mediante el registro de evidencia a favor y en contra se guió a la población para que analizara la objetividad de sus cogniciones y generara pensamientos alternativos.

Sesión 5. Solución de problemas.

Objetivo: Que el paciente aprenda a identificar y definir los problemas que limiten el control de su padecimiento, alternativas a los mismos, así como la metodología necesaria para implementarlas.

Procedimiento: Mediante el Tríptico de SOCS (ver anexo 18), se explicó el modelo de solución de problemas de D'Zurilla (1986) y se desarrolló con los ejemplos proporcionados por los pacientes.

DOCENCIA

Como se mencionó en el Capítulo 2, un área de gran importancia para el PAPAECD es la de docencia, ya que a través de ella se asegura que

los estudiantes adquieran las habilidades y destrezas necesarias para su intervención clínica.

La docencia se realiza mediante sesiones de supervisión clínica tanto a nivel individual como grupal, siguiendo el Modelo de Supervisión en Cascada, que como anteriormente se mencionó, consiste en que los residentes de mayor jerarquía capaciten a los que les siguen en nivel y así sucesivamente. Es por ello que como residente I recibí 48 horas de supervisión de mi superior y el mismo número de horas en el nivel II (ver tabla 8).

	Supervisión	Frecuencia	Horas
Residente nivel I	Del Residente nivel II.	48	48
Residente nivel II	De la Supervisora in situ.	48	48
Total		96	96

Tabla 8. Supervisión recibida como residente.

En lo que respecta a la supervisión que me correspondió brindar, en el nivel I estuvieron bajo mi responsabilidad dos prestadores de servicio social, así como uno prácticas profesionales y en el nivel II me encargué de cuatro residentes de menor jerarquía, lo que sumó un total de 202 horas de supervisión (ver tabla 9).

Período	Supervisión	Estudiantes	Frecuencia	Horas
Residente nivel I	A prestadores de servicio social.	2	24	48
	A prestadores de prácticas profesionales.	1	24	24
Residente nivel II	A Residentes nivel 0	2	20	50
	A Residentes nivel I	2	40	80
Total		7	108	202

Tabla 9. Supervisión brindada como residente.

Es necesario aclarar que aunque los supervisores se asignaban de acuerdo a las jerarquías, en todo momento se tuvo acceso a la supervisión de la responsable del PAPAECD.

Las actividades de supervisión incluían:

- Revisión de expediente clínico: que los formatos estuvieran correctamente requisitados y en orden.
- Supervisión de programas de intervención.
- Monitoreo de objetivos terapéuticos.
- Asignación de lecturas bibliográficas relevantes para el caso clínico.
- Retroalimentación sobre las habilidades adquiridas.
- Manejo de emociones y cogniciones que el caso genera en el terapeuta, entre otras.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Las actividades académicas se estructuraron principalmente en sesiones bibliográficas y de revisión de casos clínicos.

Sesiones bibliográficas

Se programan una vez a la semana con duración de una hora. Tienen como objetivo que los residentes y demás terapeutas del PAPAECD adquieran conocimientos relevantes y actualizados con respecto a los diagnósticos tanto psicológicos como médicos que son atendidos con mayor frecuencia.

Sesiones de revisión de casos clínicos

A diferencia de la supervisión, estas sesiones se realizan de manera grupal, una vez a la semana con duración de una hora aproximadamente. El residente y los demás terapeutas exponen sus casos clínicos para mostrar a los demás cómo han implementado su intervención a fin de obtener retroalimentación sobre su trabajo, a la

vez que los presentes adquieren más conocimientos para mejorar su desempeño clínico.

Estas actividades suman un total de 80 horas distribuidas en los dos años de residencia (ver tabla 10).

Sesiones	Frecuencia	Horas
Bibliográficas	80	80
Revisión de casos clínicos	80	80
Total	160	160

Tabla 10. Duración de sesiones bibliográficas y de revisión de casos clínicos.

Otras actividades

Entre otras actividades académicas realizadas se tiene la asistencia a los siguientes cursos y coloquios:

Curso de Terapia Cognitiva.

Sede: Centro de Servicios Psicológicos. Facultad de Psicología, UNAM.

Ponente: Mtro. Raúl Alcázar Olán

Duración: 18 horas

Competencias adquiridas: Elaboración de preguntas a fin de dirigir al paciente en la identificación de pensamientos automáticos, determinar su objetividad, así como para analizarlos y generar pensamientos alternativos que contribuyan al manejo de emociones.

Curso de Modelos multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad.

Sede: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Duración: 15 horas

Competencias adquiridas: Identificación de los tratamientos desde diferentes perspectivas para el manejo integral de la obesidad.

Taller de Manejo multidisciplinario del paciente obeso: casos clínicos.

Sede: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Duración: 5 horas

Competencias adquiridas: Planear una intervención psicológica para el paciente con obesidad haciendo uso de información que proporcionan otras áreas, con la finalidad de que reciba un tratamiento integral.

Taller de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la obesidad.

Sede: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Duración: 5 horas

Competencias adquiridas: Identificación de las técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado mayor efectividad en el tratamiento del paciente con obesidad, así como el procedimiento necesario para implementarlas.

Coloquio de Medicina Conductual 2002

Sede: Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes"

Duración: 20 horas

Competencias adquiridas: Adquirí conocimiento de las investigaciones más recientes realizadas en el campo de la Medicina Conductual para contribuir a mejorar la calidad de vida con pacientes que sufren alguna enfermedad crónico degenerativa, lo cual me permitió contextualizar mi labor terapéutica.

Coordinación del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

El objetivo primordial de la Residencia consiste en que el estudiante adquiera habilidades clínicas para que sea capaz de planear y ejecutar

programas de intervención psicológica en pacientes con algún problema de salud. En el PAPAECD el ejercicio profesional se centra principalmente en la capacitación del estudiante a fin de cubrir con dicho objetivo. Sin embargo en el segundo año (nivel II), las características de la sede permiten que el residente tenga un entrenamiento integral en lo que a ofrecimiento de servicios psicológicos se refiere, todo dirigido a que esté mejor preparado para su desempeño en ambientes laborales. Es por ello que la supervisora in situ lo moldea para que adquiera habilidades de toma de decisiones, solución de problemas, liderazgo, administración de personal y recursos materiales, así como para potencializar las destrezas del capital humano, lo cual a su vez repercute en la satisfacción de las necesidades de los pacientes.

Es así que se realizaron las actividades siguientes en coordinación con la compañera residente del mismo nivel (II):

- Representar a la responsable del Programa en caso de ser necesario en la toma de decisiones y solución de problemas relacionados con la impartición de los servicios del mismo.
- Asignación de casos clínicos a los terapeutas acorde a su especialidad.
- Asignar supervisores a los terapeutas siguiendo el Modelo de Supervisión en Cascada (ver Capítulo 2).
- Asignar temas a los terapeutas para ser expuestos en las sesiones bibliográficas, así como programar la presentación de casos clínicos.
- Detectar necesidades e implementar planes de acción para mejorar el servicio (juntas informativas, reglamentos, programas conductuales de reforzadores y castigos, etc.).
- Monitorear el cumplimiento de las obligaciones de los terapeutas del Programa.

- Realizar los trámites pertinentes para solicitar cámaras de gesell y equipo de proyección.
- Elaboración de oficios para solicitar recursos materiales (plumas, lápices, folders, hojas, tinta para impresora, fotocopias, etc.), así como su administración.
- Favorecer la integración grupal a través de la organización de eventos sociales, entre otras tareas.

Por otro lado, tuve a mi cargo la coordinación del Programa de Entrenamiento a Residentes de Primer Ingreso lo cual incluyó las siguientes tareas:

- Logística para realizar una evaluación de las habilidades clínicas con las que cuenta el residente antes y después de su capacitación.
- Asignación y coordinación de supervisores, así como evaluación del desempeño de los mismos.
- Apoyo a la responsable del PAPAECD en la creación del programa de entrenamiento, de acuerdo a las necesidades detectadas en el estudiante.
- Asignar pacientes a los residentes, así como monitorear su desempeño mediante el uso de listas checables.
- Logística necesaria para incluir por primera vez a los residentes en la realización de entrevistas de pre-consulta, entre otras actividades.

Así mismo, fue mi responsabilidad coordinar el Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales, lo cual incluyó deberes como:

- Actualizar los datos del PAPAECD para mantenerlo vigente en el Programa de Servicio Social.
- Difusión de la capacitación que ofrece el PAPAECD.
- Entrevista de selección e integración de la documentación necesaria de los aspirantes.

- Requisitado de formatos de evaluación del prestador de servicio, aceptación en el PAPAECD y finalización de la práctica.
- Reuniones con los estudiantes a fin de monitorear su desempeño y detectar necesidades para mejorar su rendimiento.

Intervención Comunitaria

Durante la Residencia se participó en dos eventos comunitarios a petición de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social por un convenio establecido con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

El primero de ellos formó parte del proyecto del Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor y la Familia de la Delegación Coyoacán y tuvo por nombre "Tercer Encuentro de Servicios para el Adulto Mayor"; la duración fue de cuatro horas. El objetivo consistió en proporcionar intervenciones psicológicas breves principalmente de orientación y/o canalización.

El segundo evento tuvo por nombre "Feria Promujer, Mujeres Trabajando" y se realizó en la Delegación Álvaro Obregón con una duración de cuatro horas. El objetivo de la intervención consistió en proporcionar información a la población acerca de qué es el estrés, de qué manera las actividades del hogar, las relaciones de pareja, las tareas laborales y el climaterio contribuyen a que se manifieste, así como alternativas para controlarlo. Para ello se pegaron carteles, se programaron sesiones de educación breves y se distribuyó un boletín informativo (ver anexo 19).

Por otro lado, aunque no fue parte de un evento específico, se elaboró un cartel sobre cáncer de mama en la mujer, para ser exhibido

en la recepción del Centro de Servicios Psicológicos, con la finalidad de que la población adquiriera información acerca de qué es el cáncer de mama, factores de riesgo, intervención médica y psicológica, así como el procedimiento para realizar la auto-exploración mamaria.

CAPÍTULO 4

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUCIÓN DE PESO EN UN CASO DE OBESIDAD

De acuerdo a la reflexión que hasta el momento se puede realizar considerando la información expuesta en este informe, es posible concluir que el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas, las cuales están estrechamente relacionadas con los estilos de vida de las personas, demandan intervenciones no exclusivamente médicas o biológicas. Como también se mencionó con anterioridad, la Psicología dentro del área de Salud y de la Medicina Conductual, a través de diversos trabajos de investigación, ha aportado diferentes métodos y técnicas para coadyuvar en la prevención, tratamiento y rehabilitación de estos padecimientos. Por otro lado, uno de los objetivos principales del Programa de Residencia en Medicina Conductual, consiste en que los egresados cuenten con las habilidades, conocimientos y destrezas para elaborar e implementar programas de intervención a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

Es por ello que dentro del PAPAECD, en el Centro de Servicios Psicológicos, la expositora creó un programa de intervención para disminución de peso en una paciente con obesidad, ya que es un padecimiento estrechamente vinculado con las principales causas de mortalidad y morbilidad como posteriormente será explicado. Mediante este programa se pretende mostrar al lector las competencias adquiridas durante la residencia, así como las aportaciones de la Psicología al campo de la Salud.

Epidemiología

En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005), los estudios representativos mostraron una prevalencia de obesidad del 14.6% en mujeres de 12 a 49 años, en poblaciones tanto urbanas como rurales; se encontró la mayor prevalencia en la región norte de la República.

En la misma encuesta pero de 1999, se destacó que el 52.5% de mujeres en el mismo rango de edad tenían algún problema de sobrepeso u obesidad, por lo que México se colocó entre los principales países con este padecimiento. De acuerdo a una distribución por categorías de índice de masa corporal (IMC) a nivel nacional, el 30.8% de las mujeres presentan sobrepeso y el 21.7% obesidad (ver figura 8). El mayor índice de obesidad se presenta en mujeres entre los 40 y 49 años y en hombres entre los 50 y 59; en el caso del sobrepeso se muestra en mayor medida en mujeres de entre 50 y 59 años y en hombres de entre 40 y 49; la obesidad es más frecuente en mujeres y el sobrepeso en hombres (ver figura 9).

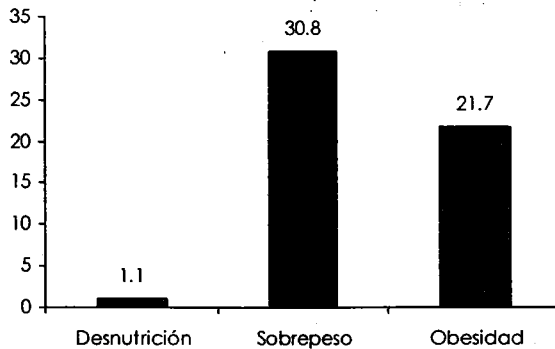


Figura 8. Distribución según categorías de índice de IMC en mujeres.

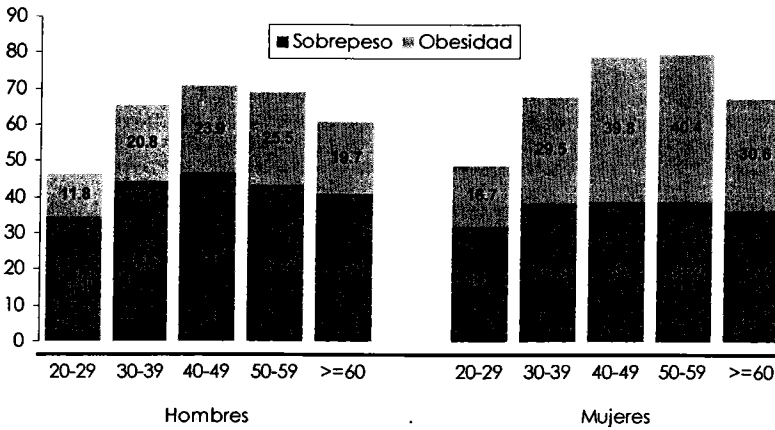


Figura 9. Distribución del sobrepeso y la obesidad por edad y sexo.

Si se considera que el incremento en la década de los 80's a los 90's fue de un 30%, de continuar la tendencia se puede pronosticar que en el año 2030, el 100% de la población del país tendrá sobrepeso u obesidad. Varios estudios epidemiológicos sugieren que entre el 20% y el 25% de la población desarrollará sobrepeso antes de los 20 años y el 50% después de esa edad. Por otra parte, los cambios en los patrones de alimentación actual junto con la consecuente obesidad y sobrepeso, se asocian a cuatro de las principales causas de muerte como son diabetes mellitus, enfermedades coronarias, hipertensión y tumores malignos (ver tabla 11).

CAUSAS	DEFUNCIONES	%
1. Diabetes mellitus	59 119	12.6
2. Enfermedades isquémicas del corazón	50 757	10.8
3. Enfermedad cerebrovascular	26 849	5.7
4. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26 821	5.7
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18 117	3.8
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17 073	2.9
7. Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14 676	2.4
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	13 738	2.2
9. Enfermedades hipertensivas	11 330	3.6
10. Nefritis y nefrosis	10 490	2.1
11. Agresiones (homicidios)	9 989	3.1
12. Desnutrición calórico protéica	9 053	1.9
13. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6 734	1.4
14. Tumor maligno del estómago	5 185	1.1
15. Tumor maligno del hígado	4 751	1.0
16. VIH/SIDA	4 607	1.0
17. Tumor maligno de la próstata	4 595	1.0
18. Enfermedades infecciosas intestinales	4 561	1.0
19. Tumor maligno del cuello del útero	4 324	0.9
20. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4 089	0.9

Tabla 11. Principales causas de mortalidad general 2003 (Secretaría de Salud).

Tanto el sobrepeso como la obesidad contribuyen de manera significativa en la prevalencia de diabetes mellitus. En la figura 10 se muestra que las personas con sobrepeso tiene hasta el doble de riesgo de desarrollarla que una persona con peso normal, en los que tienen obesidad grado I el riesgo es de hasta seis veces más y en grado II y III de más de ocho. De acuerdo a la figura 11, en el caso de la prevalencia de la hipertensión, también se eleva de manera considerable cuando la persona presenta sobrepeso (el doble) u obesidad (más de cinco veces) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005).

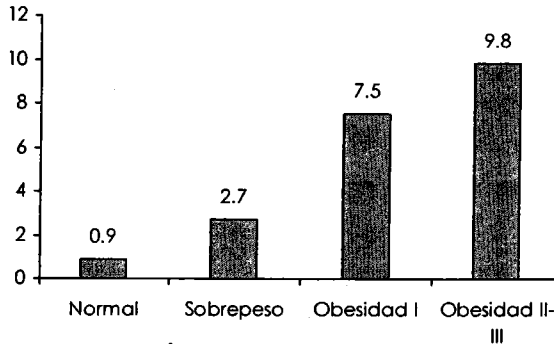


Figura 10. Contribución del sobrepeso y la obesidad a la prevalencia de diabetes mellitus.

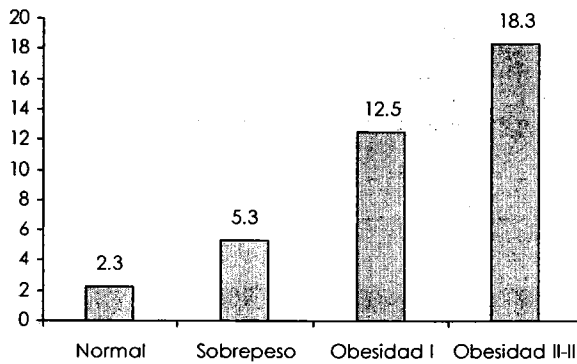


Figura 11. Contribución del sobrepeso y la obesidad a la prevalencia de hipertensión arterial.

La prevalencia de la obesidad está aumentando en todo el mundo, debido a que en los países industrializados predominan los alimentos con alto contenido energético, los cuales a su vez son más económicos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares de 1986 a 1998 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005), el consumo de frutas, vegetales, leche y carne disminuyó hasta en un 20%,

mientras que la ingesta de carbohidratos refinados aumentó en un 6% y de refrescos, en más del 30% (ver figura 12). Así mismo, la disminución de la actividad física (el 84.2% de las mujeres no practica ningún deporte o ejercicio), como resultado de todas las comodidades que actualmente brinda la tecnología, han hecho de la obesidad un problema de salud pública (Sociedad Médica Mexicana de Medicina Estética, Nutrición y Longevidad, A.C., 2005).

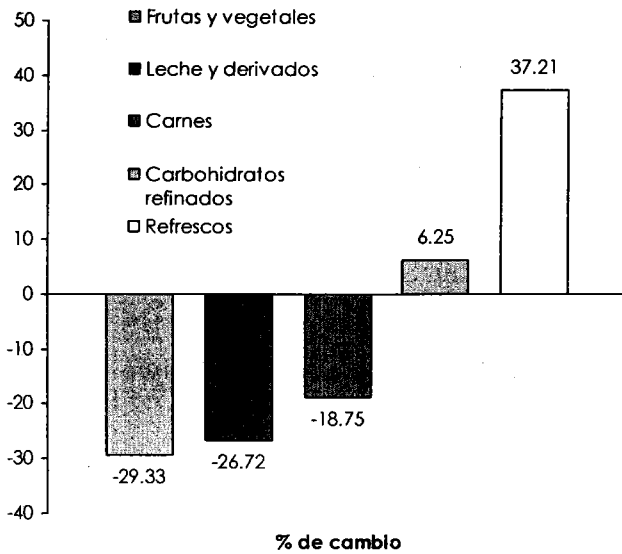


Figura 12. Cambios en el gasto de alimentos entre 1986 y 1998.

Como conclusión de los datos anteriores, en el Reporte de la Encuesta Nacional de Nutrición II y de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005), se enfatiza que es necesaria una fuerte inversión del sector público en investigación sobre enfermedades crónicas, promoción de la pérdida de peso y del aumento de actividad física como formas de prevenir y controlar estas condiciones, así como dirigir acciones a la adopción de comportamientos de vida saludables.

Definición de obesidad

La obesidad es considerada como una condición corporal caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como el músculo.

Se suele utilizar el índice de masa corporal (IMC) para determinar si existe o no un exceso de peso. Este índice es el cociente entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura de la persona expresada en metros:

$$IMC = kg / m^2$$

Para determinar si el peso de una persona está dentro del rango normal o si tiene sobrepeso u obesidad, la OMS (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005), establece la siguiente clasificación de acuerdo al IMC:

CATEGORÍAS	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad I	30-34.9
Obesidad II	35-39.9
Obesidad III	>39.9

Tabla 12. Clasificación del peso de acuerdo al IMC.

La obesidad se clasifica en tres niveles de gravedad, lo cual significa que a mayor elevación, más riesgos existen para la salud.

Aunque el IMC es una buena referencia, no determina con total exactitud el peso ideal de una persona, ya que es necesario tomar en cuenta otros factores como la masa muscular (Encarta, 2002).

Otro indicador para definir si existen riesgos para la salud por exceso de peso, es el perímetro de la cintura. Si este es superior a 94cm

en el caso de los hombres y a 85cm en las mujeres, significa que hay un exceso de grasa abdominal, que puede suponer un mayor riesgo de padecer problemas de salud, incluso aunque su IMC sea normal.

Según la distribución de la grasa corporal se divide a las personas en forma androide y ginecoide. En el caso de la distribución ginecoide o con forma de "pera", la grasa está acumulada en las caderas, muslos y glúteos. Se denomina androide o con forma de "manzana", si la grasa corporal es intraabdominal y se acumula en el estómago y el pecho, lo cual significa que se corre mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la obesidad (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2005).

Etiología

A diferencia de cómo generalmente se cree, la obesidad sólo se debe a trastornos del sistema endócrino en contadas ocasiones; menos del 2% de los casos son consecuencia de trastornos metabólicos como un bajo funcionamiento de la tiroides, el síndrome de Cushing u otros. La razón principal por la cual se desarrolla, es por ingerir una cantidad de calorías mayor al gasto de energía que se hace a través de la actividad física, con el consecuente almacenamiento de las calorías en forma de grasa. Sin embargo, el metabolismo basal, que es la mínima cantidad de energía necesaria para mantener las actividades corporales, varía de una persona a otra, de manera que algunas utilizan de forma natural, más calorías para mantenerla actividad.

En lo que respecta a la influencia genética, todavía no se tiene bien definido de qué forma contribuye al aumento de peso; sólo se ha señalado que contribuye hasta en un 33% de éste, lo cual puede variar dependiendo de cada caso particular. Con relación al desarrollo, las personas que presentan obesidad durante la infancia, pueden tener

una cantidad de adipositos hasta cinco veces mayor que las de peso normal, lo cual suma a la cantidad de grasa almacenada.

El sexo es un factor que también influye en el incremento de peso, ya que el músculo utiliza más energía que la grasa y por ende, el hombre que generalmente tiene más, quema entre 10 y 20% más calorías que las mujeres en reposo. De la misma manera, al avanzar la edad, la cantidad de masa muscular tiende a disminuir, lo que lleva a un decremento en el metabolismo, el cual de manera natural también se reduce con el paso del tiempo; esto reduce la necesidad de calorías, pero generalmente la ingestión de alimento se mantiene igual (García, 1990).

El factor socioeconómico también juega un papel primordial en el incremento de peso. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más mayor entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. Aunque no se tiene bien definida la razón, en apariencia el pertenecer a un nivel socioeconómico más alto significa que tienen más recursos para ingerir alimentos saludables, así como realizar ejercicio (Encarta, 2002; Mahoney y Mahoney, 1999; Clínica Mayo, 2001). Además, la publicidad tiene también un gran potencial para promover cambios en los hábitos de la población. Así mismo, la alimentación, especialmente en los países latinos, se considera un signo de amistad y convivencia social (Saldaña y Rossell, 1988).

Complicaciones

El sobrepeso y la obesidad están relacionados con:

- Hipertensión arterial y enfermedades cardíacas. Cuando el cuerpo acumula grasa en exceso tiende a retener sodio. Para diluirlo se retiene más agua, lo que aumenta el volumen de la sangre y por

ende la tensión de las arterias aumenta; esto tiene como consecuencia padecimientos cardiacos o derrame cerebral.

- Diabetes mellitus tipo II.
- Cáncer de vesícula, mama, cervicouterino, colon, recto y próstata.
- Enfermedades de la vesícula. No sólo el incremento de peso, sino también una reducción rápida o de una gran cantidad de peso, aumenta la probabilidad de desarrollar cálculos biliares.
- Osteoartritis. El exceso de peso aplica una presión adicional sobre las articulaciones principalmente de las rodillas, caderas y la parte baja de la espalda, lo que desgasta el cartílago que las protege.
- Apnea del sueño. Su severidad se relaciona con el grado de obesidad.
- Niveles elevados de colesterol y triglicéridos. El colesterol total y el de baja densidad (LDL o "mal") aumenta, así mismo el de alta densidad (HDL o "bueno") disminuye. Por otro lado, el cuerpo convierte las calorías que no necesita en triglicéridos y los transporta a las células adiposas para su almacenamiento.
- Trastornos cutáneos son particularmente frecuentes, ya que las personas con obesidad tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso y no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Así mismo, se pueden presentar edemas en pies o tobillos (Clínica Mayo 2001, The National Women's Health Information Center, 2005).

Se ha concluido que una reducción mínima del 5% disminuye los riesgos para la salud.

Desafortunadamente, las consecuencias negativas no abarcan únicamente aspectos médicos, ya que generalmente se experimenta culpabilidad y rechazo por la discriminación que las personas hacen a los que tiene obesidad, al vivir en una sociedad que valora la esbeltez.

Tratamientos médicos

Los medio publicitarios ofrecen infinidad de alternativas para reducir peso en poco tiempo, sin embargo, muchos de ellos no toman en cuenta los riesgos para salud, o dicho decremento se gana nuevamente con facilidad. La mejor opción es modificar los hábitos de alimentación, así como incrementar la actividad física. No obstante, para las personas que padecen obesidad, sobretudo en mayor grado de severidad y que presentan complicaciones por esta razón, se recomiendan los siguientes métodos, lo cual no excluye la dieta y el ejercicio.

En la actualidad existen principalmente dos fármacos controlados que son la sibutramina, la cual modifica los niveles de serotonina y norepinefrina lo que da una sensación de satisfacción con una menor cantidad de alimento y el orlistat que bloque las enzimas necesarias para digerir la grasa de los alimentos.

Por otro lado, existen diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas como el bypass intestinal que tiene como objetivo que el alimento pase directamente del estómago al colon, para que no sea absorbido en el intestino; sin embargo, los efectos secundarios son numerosos por lo que se emplea con menos frecuencia. El bypass gástrico consiste en disminuir la capacidad del estómago con grapas o con una banda, para evitar que se ingieran grandes cantidades de alimento (Clínica Mayo, 2001; Encarta 2002).

Tratamiento psicológico

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que no sólo los factores médicos contribuyen al inicio y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad, sino que también influyen variables psicológicas. Estos padecimientos tienen además de las consecuencias mencionadas con

anterioridad, un conjunto de emociones, pensamientos y conductas, que favorecen a que el problema persista.

Se ha señalado que en comparación con las personas delgadas, las que tienen obesidad presentan características de personalidad como timidez, inseguridad, baja autoestima, pobre autoconcepto, entre otras, y que su conducta de ingesta es el sustituto gratificante como respuesta a tensiones emocionales (Bruch, 1980; Collip, 1980; Stunkard y Burt, 1967, en Saldaña y Rossell, 1988). Sin embargo, ha sido complejo determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad, o si son éstas las que se desencadenan de ella.

Bruch (1973, en Saldaña y Rossell, 1988), propuso que en ocasiones la ingesta es empleada por la persona con obesidad como un instrumento empleado para reducir el arousal generado por estados emocionales internos, además de que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los de estados emocionales, y que esta falta de discriminación posiblemente produzca una sobreingesta. Además, se señala que este patrón se mantiene por las cualidades reforzantes del alimento, ya que no ha sido posible demostrar que éste en realidad disminuya los niveles de ansiedad. Gold (1976) también sugiere que la alimentación se emplea como un medio de ajuste emocional, por lo que la clasifica en tres mecanismos: 1) como dispositivo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; 2) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y 3) como mecanismo para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Schachter (1968, en Saldaña y Rossell, 1988), sugiere que la ingesta en personas con peso normal parece estar controlada por factores fisiológicos internos relacionados con estados de hambre y saciedad, mientras que la conducta de comer en aquellas con sobrepeso está determinada por factores externos (ambiente) como la

hora del día, el sabor, el olor, la variedad de los alimentos o la visión de otras personas comiendo.

Si bien es cierto que los hábitos alimenticios inciden directamente en el mantenimiento del peso, no son los únicos factores, por lo que es necesario considerar la influencia de estímulos externos en la conducta de comer, así como los patrones de actividad física. Aunque la existencia de un estilo de alimentación característico de las personas con obesidad no está totalmente demostrado, la única evidencia clara es que tienen un ritmo de ingesta más rápido, alcanzado mediante el consumo de grandes bocados a intervalos más frecuentes y masticando menos en cada bocado, cuando un ritmo más lento aumenta la saciedad.

Desafortunadamente, los medios de comunicación han difundido de manera errónea el que con bajar de peso, se resuelve el problema de la obesidad, lo cual tiene como consecuencia que se prefiera utilizar tratamientos rápidos que no impliquen esfuerzos para la reducción del mismo, lo que implica numerosos riesgos para la salud. Esto contribuye a que disminuya la adherencia a los tratamientos, ya que por un lado, se prescriben dietas sin considerar las preferencias alimenticias del paciente, así como los cambios en el estilo de vida que debe seguir. Así mismo, el paciente tiene expectativas irracionales con relación a la rapidez en la pérdida de peso, que al no cumplirse, incrementan la probabilidad de abandono de los tratamientos, o existen alternativas que cumplen su cometido de reducción de peso, pero que al cabo de poco tiempo este no se mantiene, ya que el paciente no aprendió a modificar sus hábitos.

Además, la mayoría de la población busca métodos de reducción de peso con fines estéticos más que de salud, sin embargo es necesario hacerlos reflexionar con respecto a sus metas, a fin de que ese no sea su único objetivo, ya que se ha encontrado que los que se

preocupan más por su físico están mayormente propensos a emplear métodos no saludables, como dietas restrictivas (Putterman y Linder, 2004).

Para dirigir al paciente en la disminución y control de su peso, los tratamientos psicológicos desde una perspectiva cognitivo-conductual han resultado eficaces, e incluyen una serie de estrategias para evaluar la condición del paciente, así como para que éste modifique sus hábitos de alimentación y de ejercicio (Fairburn, 1995; Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997; Mahoney y Mahoney, 1999; García-Camba, 2002).

Evaluación

La obesidad es un trastorno multicausal, de manera que los factores que intervienen hacen más difícil la solución del mismo, por lo tanto es necesario considerar tanto las variables genéticas, biológicas, psicológicas, familiares, así como las socioculturales.

Para evaluar los factores psicológicos que intervienen en el mantenimiento de la obesidad, es necesario en primer lugar realizar una entrevista conductual, con la finalidad de obtener información sobre los antecedentes ambientales relacionados con los hábitos alimentarios (horarios, hábitos de compra, almacenamiento, etc.), las respuestas de los pacientes frente a estados emocionales, inicio del trastorno, factores desencadenantes, relaciones interpersonales, ambiente social, repercusión social del padecimiento, actitudes hacia la comida, distorsiones en el pensamiento, distorsión de la imagen corporal y actitud de la familia. También es importante establecer un nivel de actividad física. Por otro lado, es indispensable identificar los intentos previos que ha tenido para disminuir de peso, ya que esto permite conocer la adherencia del paciente, su percepción de cómo funciona el organismo, las razones por las que piensa que fue o no

satisfactorio y qué elementos le fueron más útiles (Saldaña y Rossell, 1988).

Así mismo, se sugiere elaborar un cuestionario para identificar la información con relación a temas de nutrición de que dispone el paciente (Fernández-Ballesteros, 1993; García-Camba, 2002) y considerar los aspectos que ayudan a formar el modelo explicatorio que tiene de la obesidad como son: causa, consecuencias, temores, y especialmente, sus expectativas del tratamiento (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978), ya que las falsas creencias respecto al ritmo de pérdida de peso o atribuciones inexactas al mismo, producen sentimientos de decepción que pueden facilitar la recaída y el abandono de éste.

Como parte de estas expectativas de éxito, es necesario evaluar su nivel de motivación, ya que los pacientes modifican su actitud ante el tratamiento a medida que aumenta su motivación para cambiar y se reducen las resistencias al cambio. Prochaska y DiClemente (1982, en Miller y Rollnick, 1999), propusieron un modelo para entender las resistencias al cambio que incluye los siguientes niveles:

- Precontemplación: No se observa intención alguna de cambio.
- Contemplación: El paciente se muestra conciente de los problemas, pero no tiene intención de cambiarlos.
- Determinación: Se observa una clara intención de cambio, pero no se han realizado cambios reales.
- Acción: Se producen cambios en la conducta alimentaria del paciente.
- Mantenimiento. Los cambios se han generalizado y se están consolidando logros.
- Recaídas. Es necesario prevenirlas para estabilizar los cambios producidos.

Finalmente, es indispensable elaborar un análisis funcional con la finalidad de identificar las variables tanto internas como externas que controlan la conducta de ingesta, así como el establecimiento de relaciones funcionales entre esos estímulos y la conducta problema. Los elementos a considerar son: 1) los estímulos antecedentes de la conducta problema, 2) las variables del organismo, 3) la conducta problema en sí misma y 4) las consecuencias de la conducta problema.

Los estímulos antecedentes pueden ser internos como los cognitivos, biológicos como problemas médicos o desequilibrio energético, y fisiológicos como la sensación física de hambre o saciedad. Los estímulos ambientales externos como el horario de comidas, respuesta a las características de los alimentos, disponibilidad de los mismos, lugar y personas con las que se consumen, actividades que se realizan simultáneamente (leer, ver televisión), etc.

La conducta problema se refiere a lo que el sujeto hace o no hace para mantener el problema. Es necesario definirla con precisión, por lo que se debe determinar su frecuencia, duración e intensidad (topografía): cantidad, tipo y contenido energético del alimento, hábitos como limpiar el plato, picar entre comida, así como sus emociones y cogniciones durante la ingesta.

Una tercera parte de este análisis funcional incluye las consecuencias que pueden ser positivas, como el sabor agradable de la comida y la reducción de la sensación de hambre, que generalmente son inmediatas y las negativas que se producen a más largo plazo, como el aumento de peso o los problemas para la salud. Esta demora en la aparición de consecuencias negativas dificulta el control de la ingesta, ya que se ha demostrado que las consecuencias inmediatas tienen mayor influencia sobre la conducta; opuestamente, la actividad física produce consecuencias negativas inmediatas (fatiga)

y positivas a largo plazo (Saldaña y Rossell, 1988; García-Camba, 2002; Fernández-Ballesteros, 1993).

Técnicas de intervención

Existen diferentes técnicas de intervención que incluyen tanto aspectos conductuales como cognitivos, mismas que son descritas a continuación. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que el cumplimiento de las instrucciones proporcionadas a través del tratamiento, es mayor en los programas simples que en los que incluyen múltiples componentes.

Autocontrol

Generalmente los pacientes se involucran en un patrón de conducta de auto daño que conlleva hábitos de alimentación que conducen al incremento de peso. El autocontrol tiene como objetivo que el paciente adquiera habilidades que le permitan identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de los antecedentes y consecuencias, a fin de aumentar las probabilidades de emisión de ciertas respuestas, a la vez que disminuyen otras. Implica las siguientes estrategias:

- Autoobservación
Con frecuencia los pacientes desconocen las características de su conducta de ingesta, por lo que es necesario que tomen conciencia de ésta.
- Autorregistros
Es necesario entrenar al paciente en su llenado para que éste sea lo más fidedigno posible. Es preciso registrar dónde y cuándo reproduce la conducta de ingesta, el tipo y cantidad de alimentos, la presencia o ausencia de personas, así como estímulos internos o externos que desencadenan

cada uno de estos episodios. El requisitado del registro puede producir una reactividad en la dirección deseada (disminución de la ingesta), ya que el sujeto reduce su consumo calórico al comprobar lo elevado del mismo, no obstante, sus efectos son transitorios (Fairburn, 1995; Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997). También son empleados para tener una línea base antes de iniciar el tratamiento con la finalidad de evaluar el nivel de avance una vez iniciado éste.

- Control de estímulos

El análisis de los autorregistros permitirá identificar aquellos acontecimientos que preceden a la conducta de comer (estímulos antecedentes). A la modificación de éstos se le denomina control de estímulos. Estas estrategias están diseñadas para reestructurar el ambiente del paciente, de forma que solamente coma en presencia de un número limitado de indicadores (Rimm y Masters, 1981).

- Manejo de contingencias de reforzamiento

Cuando la meta a alcanzar supone la pérdida de muchos kilos, se establecerán submetas de forma que el paciente obtenga reforzadores por logros parciales, que aseguren llegar al resultado final; sin embargo, algunos programas centran su interés en la modificación de patrones comportamentales de alimentación y actividad física más que en la pérdida de peso. El autorreforzamiento que se suministran las personas por conductas de ingesta adecuadas, es uno de los mejores predictores de éxito en un programa terapéutico (Rimm y Masters, 1981; García-Camba, 2002).

- **Modificación del estilo de alimentación**
 Incluye actividades con la finalidad de aprender a comer despacio, como poner los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado, emplear cubiertos o platos pequeños, entre otros, con la finalidad de que el paciente experimente mayor placer cuando realice la ingesta, coma con sensación fisiológica de hambre y que reduzca la cantidad de calorías que ingiere por cada comida realizada (Rimm y Masters, 1981; Fairburn, 1995; Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997).

- **Conductas alternativas**
 Que el paciente identifique las cadenas conductuales de sus episodios de comer y que elabore lista de actividades alternativas de distracción, por ejemplo, llamar a un amigo, dar un paseo o simplemente esperar 15 minutos antes de comer; estas tareas pueden demorar o incluso interceptar la emisión de conducta inadecuada. A medida que el sujeto domine el analizar su cadena conductual se le entrenará para que aprenda a interrumpir la cadena en los primeros eslabones de la misma, llegando incluso a dar conductas de evitación (Rimm y Masters, 1981).

Establecimiento de metas realistas

Se ha observado que los pacientes con obesidad se proponen metas muy elevadas, intentando perder peso rápidamente a costa de reducciones drásticas en los alimentos. La imposibilidad de alcanzar esas metas irreales, impiden que se pueda aplicar el reforzamiento necesario, y por ende hay falta de motivación o abandono del tratamiento. Por ello es necesario establecer metas que sean realistas y alcanzables (Braguinsky, 1996; Mahoney y Mahoney, 1999). Una meta del 5-10% reduce significativamente los riesgos para la salud (Cooper y

Fairburn, 2001, Suverza, 2005). Tanto los pacientes como los responsables de la salud deben ver la intervención para la obesidad como un tratamiento a largo plazo. Además, si el éxito del tratamiento se define exclusivamente en la pérdida de peso, con gran certeza se fracasará, sería importante evaluarlo en función de la modificación de estilos de vida. Por otro lado, el mantener el peso perdido generalmente es más complicado que la pérdida inicial, ya que al disminuirlo se obtiene un reforzamiento inmediato, mientras que con el mantenimiento éste no es notorio. Si el paciente no está listo para un tratamiento de reducción de peso, es necesario ayudarlo a no ganar más (Serdula, Kettel y Dietz, 2003).

Entrenamiento en la demora

Nunca debe decir no al deseo de comer una comida peligrosa, decir si pero comer de una forma espaciada, haciendo pausa entre porción y porción. Los intervalos de las demoras deben incrementarse de forma progresiva.

Estrategias cognitivas

Aunque los programas conductuales generalmente ofrecen resultados a más corto plazo que los cognitivos, estos últimos constituyen una parte fundamental de los tratamientos para la obesidad.

Mahoney y Mahoney (1976, en Saldaña y Rossell, 1988) agrupan los pensamientos distorsionados que contribuyen a la sobreingesta en cinco categorías 1) metas irreales y falta de flexibilidad, 2) evaluaciones negativas acerca de la capacidad personal para perder peso, 3) justificaciones y excusas para comer, 4) incapacidad para eliminar pensamientos relacionados con comida e 5) impaciencia ante pérdidas lentas de peso. Estas cogniciones se pueden clasificar como:

- Pensamientos de todo o nada: "Nunca volveré a comer dulces".

- Magnificación: "Comí más de lo que debía, es lo peor que me puede pasar".
- Predicción del futuro: "Nunca podré controlar mi forma de comer".
- Debería: "No debí haber comido eso".
- Minimización de logros: "Baje muy poco de peso" (Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997).

Algunas técnicas para contrarrestar dichos pensamientos son:

- Articulación de creencias. Sintetizar y condensar la información en ideas o frases manejables.
- Descentrar. Evaluar una idea desde una perspectiva diferente.
- Descatastrofizar. Manejar las predicciones de los pacientes de forma más realista.
- Retar los debería.
- Propiciar que prueben sus hipótesis y exploren su validez en la vida real.
- Utilizar técnicas de reatribución. Propiciar contraargumentos hacia las creencias negativas de los pacientes (García-Camba, 2002).

Por otro lado, las personas que una vez que reducen peso lo mantienen, reportan mayor confianza en su habilidad para controlar su peso que aquéllos que lo ganan de nuevo. Esa percepción de autoeficacia permite a los sujetos que continúen con conductas que favorezcan el mantenimiento de peso. Así mismo, aquellos que perciben un balance entre el esfuerzo realizado y los logros obtenidos juega un rol fundamental en la adherencia a los tratamientos (Byrne, 2002).

Biblioterapia

Mediante la lectura de temas de salud y nutrición los pacientes pueden tomar mayor conciencia de sus alteraciones (Anderson y Waden, 1999; García-Camba, 2002). Por ello es importante incluir en los tratamientos información sobre nutrición, con la finalidad de que el paciente aprenda a modificar su régimen dietético de acuerdo a sus características y estilo de vida.

Anticipación de recaídas

Martatt y Gordon (1980, en Saldaña y Rossell, 1988) describen el proceso de recaída de la siguiente manera: 1) el paciente se encuentra frente a una situación de alto riesgo en la que se expone al estímulo adictivo, 2) no dispone de estrategias de afrontamiento para evitarlo, 3) consume el estímulo, 4) se siente culpable y como consecuencia 5) es probable que continúe consumiéndolo. Para lograr un mantenimiento en la modificación de hábitos es necesario que se identifiquen las situaciones de alto riesgo y se entrene al paciente en solución de conflictos para hacerles frente.

Patrones de actividad física

Se ha señalado que la actividad física es el factor fundamental en la génesis y mantenimiento de la obesidad, por lo que las personas con obesidad no necesariamente comen más que los de peso normal, sino que realizan menos ejercicio. Sin embargo, también se ha señalado que la falta de ejercicio es una consecuencia de la obesidad y no una causa. Por ello, actualmente los programas conductuales consideran incluir como objetivo el que el paciente incremente la actividad física, con instrucciones sencillas como emplear la escalera en lugar de elevador, bajarse del autobús una parada antes del destino, etc.; estas actividades tienen la ventaja de que pueden ser cumplidas sin mayor complicación y favorecen el cambio de estilo de vida, no obstante los cambios de peso que ocasionan son mínimos (Mahoney y Mahoney,

1999). Posteriormente se puede incrementar la cantidad y calidad del ejercicio a realizar, pero es importante que el paciente seleccione el tipo y el total del mismo. Dishman (1981 en Saldaña y Rossell, 1988) indica que la accesibilidad del ejercicio físico, la realización grupo, el apoyo familiar y el tipo de ejercicio, son variables que pueden determinar el cumplimiento del mismo.

Solución de problemas

Está técnica también es útil en el control del peso, ya que durante el tratamiento, el paciente se enfrenta a diversos problemas para ponerlo en práctica, o su dificultad para hacerle frente a los conflictos cotidianos, lo llevan a la sobreingesta. Por ello es indispensable definir el problema lo más pronto posible, considerar la mayor cantidad de soluciones probables, pensar en las implicaciones de cada una, elegir la mejor solución o combinación de soluciones y llevar a cabo (Fairburn, 1995; Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997).

Justificación

El incremento en la incidencia y prevalencia de los casos de obesidad y sobrepeso, reportados por las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1988 y 1999 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005), con su consecuente impacto en las principales causas de mortalidad (diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedad cerebrovascular; Secretaría de Salud, 2003), convierten al cuidado del peso en un factor de salud indispensable. Este requiere intervenciones multidisciplinarias inmediatas, donde los especialistas en Medicina Conductual, con el respaldo de sus aportaciones científicas, pueden contribuir de manera significativa en la disminución de problemas de peso. Es por ello que como Residente de esta área, se eligió el tema de obesidad para mostrar cómo es posible disminuir el peso con técnicas cognitivo-conductuales, que disminuyan la presencia de patógenos conductuales e incrementen los inmunógenos.

PROGRAMA DE DISMINUCIÓN DE PESO PARA UNA PACIENTE CON OBESIDAD GRADO II

Objetivo general

Al finalizar el tratamiento, la paciente reducirá su peso expresado en kilogramos con un mínimo del 5% de su peso total (lo cual ha sido descrito como una reducción significativa para disminuir los riesgos para la salud, Cooper y Fairburn, 2001; Suverza, 2005) mediante la adquisición de habilidades de autocontrol, solución de problemas y reestructuración cognitiva, que le permitan modificar patrones de alimentación y de actividad física.

Cabe mencionar que si bien el siguiente programa de tratamiento fue diseñado específicamente para esta paciente con sus características particulares, puede servir como referencia para aplicarse a otros casos de obesidad o incluso de sobrepeso, con pequeñas modificaciones. No obstante, es indispensable resaltar que se deben cubrir los siguientes aspectos.

Criterios de inclusión

- Tener más de 12 años de edad (adolescentes y adultos).
- Tener un problema de sobrepeso u obesidad.
- Saber leer y escribir.
- Sexo indistinto.
- Escolaridad mínima de primaria.

Criterios de exclusión

- Tener un diagnóstico de trastornos de la alimentación como anorexia, bulimia o atracones.
- Tener algún trastorno psicótico.

Fase I. Evaluación

Sesión 1.

Evaluación diagnóstica: entrevista.

Objetivos específicos

1. Obtener información referente a los antecedentes médicos y psicológicos del problema de obesidad de la paciente (patrones alimenticios y de actividad física), a fin de tener una impresión diagnóstica para estructurar su programa de intervención.
2. Establecer una línea base de su peso y cintura.

Técnicas: Manejo de entrevista semi-estructurada y entrevista motivacional.

Formatos: Formato de entrevista semi-estructurada para pacientes con obesidad (ver anexo 20).

Registro de disminución de peso (ver anexo 21).

Registro de cintura (ver anexo).

Formato de consentimiento informado (ver anexo 22).

Materiales: Báscula, cinta métrica.

Procedimiento

1. Se exploran áreas como motivo de consulta, historia del problema, antecedentes familiares, estado de salud, patrones de alimentación y de actividad física, métodos para la reducción de peso empleados, redes de apoyo social y creencias, así como áreas afectadas.
2. Se registra peso y estatura.
3. Se mide circunferencia de la cintura.
4. Se explica a la paciente de manera general, la forma en que las variables identificadas contribuyen al mantenimiento de su

problema de obesidad, así como de qué modo se beneficiará con el tratamiento.

5. Se le solicita su consentimiento para audio y/o video grabar las sesiones terapéuticas, una vez que se la ha notificado que la información podría ser presentada en un informe y/o examen para la obtención del grado de maestría, con el debido resguardo de información confidencial como son sus datos personales.

Resultados

Datos generales de la paciente

Edad:	18 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Soltera
Escolaridad:	Licenciatura en curso
Ocupación:	Estudiante
Peso:	96 kg.
Estatura:	1.61 metros
Talla:	36
Índice de Masa Corporal:	37
Circunferencia cintura:	100 cm

Presentación del problema

- a) Motivo de consulta de la paciente.

Al tener conocimiento de la existencia del programa psicológico para el tratamiento de la obesidad, la paciente acude a solicitar el servicio "para bajar de peso porque estoy conciente de los daños a mi salud...aunque bueno también me interesa para agradarle a los chicos" (sic). Debido a que acude con conocimiento de su problema, pero sin opciones para enfrentarlo, se le ubica en etapa de contemplación.

- b) Historia del problema

Antecedentes familiares

Los padres de la paciente están casados; su progenitor labora como empleado federal y su madre se dedica al hogar. Ella ocupa el segundo lugar en orden descendente de cuatro hijos (una hermana y dos hermanos). De manera informal (sin diagnóstico médico) reporta que sus padres y algunos tíos por ambas vías, padecen sobrepeso u obesidad; así mismo, su progenitora presenta tensión arterial y niveles de colesterol elevados. Según manifestó, sus hermanos tienen un peso en los límites normales.

Antecedentes de salud

Negó padecimientos médicos significativos, estar en tratamiento farmacológico, antecedentes de anorexia o bulimia, así como consumo de tabaco, alcohol y/o drogas ilegales. Únicamente manifestó síntomas de gastritis infrecuentes.

Evolución del problema

Al nacer pesó tres kilos y medio y midió 50cm. La primera vez que identifica que se presenta el sobrepeso es a los 10 años; no recuerda haber sido una niña "gordita". Atribuye el incremento de peso al aumento en la ingesta de "golosinas" durante el recreo escolar. Negó haber sufrido rechazo por parte de familiares o amigos. Identifica que a los 15 años llegó al grado de obesidad; su peso fue de 85kg, aunque no recuerda su estatura. Es a partir de esta edad que percibe poca aceptación por parte del sexo opuesto, así como comentarios familiares comparativos entre ella y sus primas "delgadas".

El mínimo peso obtenido durante su adolescencia fue de 75kg a los 13 años y el máximo de 98kg a los 18. Actualmente reporta molestias de salud como cansancio físico, mareos y sudoración excesiva.

c) Metas de la paciente

A corto plazo (1 mes) quisiera bajar 4kg, a largo plazo (3 meses) 10kg.

Considera sentirse satisfecha si llega a pesar 70kg.

Análisis del problema

a) Conducta problema (topografía)

Consumo de alimentos ricos en grasa y carbohidratos los siete días de la semana, de los cuáles sólo en dos incluye frutas y verduras. Generalmente realiza otra actividad mientras come, como ver la televisión o escuchar el radio. En su hogar, ingiere alimentos en lugares indistintos. Aparentemente en estados emocionales de enojo y ansiedad, incrementa su ingesta.

Con respecto a la topografía de su ingesta, come en menos de 25 minutos, deja limpio el plato, siempre se sirve más y hace sobremesa.

Por otro lado, no realiza ejercicio "por falta de tiempo y falta de espacios adecuados para hacerlo, cercanos a mi domicilio" (sic).

b) Creencias

Considera que las personas con obesidad corren riesgos importantes a su salud. Atribuye su problema a que consume en exceso "golosinas" (sic). Cree que es posible reducir de peso, aunque lo considera "difícil" (sic), ya que sus intentos no duran más de un mes.

c) Redes de apoyo social

Percibe apoyo por parte de su madre, quien intenta prepararle alimentos saludables, de su padre y hermana, aunque éste consiste sólo en frases de aliento. Su hermano mayor le hace comentarios negativos como "vas a dejar la dieta muy pronto" (sic). Por otro lado, aunque sus amigos le dicen que debe comer menos, le ofrecen alimentos poco saludables. Además, siempre que le ofrecen comida la acepta, aún cuando no la desea.

d) Áreas Afectadas

En lo que respecta a la esfera familiar, le hacen enojar las acotaciones comparativas con sus pares "delgadas". En el campo

social, personas desconocidas le han hecho comentarios despectivos que la hacen sentir triste. Finalmente, en el área de pareja, percibe que no es atractiva para el sexo opuesto.

e) Ganancias secundarias.

Detrás de su problema de obesidad, intenta evadir su déficit de habilidades sociales para relacionarse con las personas.

f) Otras variables (condición médica)

No identificadas.

Impresión diagnóstica

La paciente presenta obesidad grado II sin tratamiento médico, con síntomas como fatiga, mareo, sudoración y tensión arterial elevada. Sin descartar problema hormonal, variables como falta de actividad física e ingesta excesiva de alimentos no saludables, matizados por falta de apoyo social, poca percepción de autoeficacia y déficit de habilidades sociales, así como de solución de conflictos, la llevan a mantener su problema de peso.

Con respecto al consentimiento informado accedió a que las sesiones fueran audiograbadas "me sentiría incómoda con la video porque me da pena" (sic).

Sesión 2.

Evaluación diagnóstica: aplicación de instrumentos.

Objetivos específicos

1. Medir niveles de ansiedad, depresión y habilidades sociales (pre).
2. Obtener nivel de información con respecto al tema de obesidad.

3. Que la paciente reconozca la importancia de llevar a cabo un automonitoreo de sus hábitos alimenticios, así como que adquiera las habilidades para realizarlo adecuadamente.

Técnicas: Aplicación de pruebas psicológicas, entrevista motivacional.

Instrumentos: Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, anexo 4 y 5.
Cuestionario de Habilidades Sociales (ver anexo 6).
Cuestionario de Conocimientos Generales sobre Obesidad (Pre) (ver anexo 23).

Formatos: Registro de disminución de peso (ver anexo 21).
Automonitoreo (ver anexo 24).

Materiales: Báscula y papelería.

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura.
2. Se explica la relevancia de aplicar los instrumentos mencionados con anterioridad y se procede a aplicarlos.
3. Se expone la importancia de realizar el automonitoreo, como medio para identificar patrones alimenticios (conductas) que contribuyen al incremento del peso.
4. Se explica el llenado y las claves de cada una de las columnas.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo.

Resultados

Reportó niveles leves de ansiedad y depresión. Las habilidades sociales que requiere incrementar son pedir ayuda, expresar una queja, responder a la persuasión, responder al fracaso y autocontrol. En el Cuestionario de Conocimientos obtuvo dos respuestas correctas, lo que equivale a una calificación de 2.2.

Por otro lado, reconoció la importancia de requisitar el automonitoreo y no tuvo dificultades para comprender su llenado.

Fase II. Tratamiento

Sesión 3.

Entrevista de diagnóstico y Educación para la salud (obesidad).

Objetivos específicos

1. La paciente identificará la manera en que diferentes variables (niveles de ansiedad, depresión, déficit en habilidades sociales, conocimientos, sus hábitos alimenticios, así como patrones de actividad física) contribuyen al mantenimiento de su problema de obesidad y por ende reflexionará acerca de la necesidad de modificarlos.
2. La paciente conocerá el programa de intervención psicológica diseñado específicamente para sus necesidades (duración, área por abarcar), así como el pronóstico del mismo, a fin de migrar a una etapa de determinación dentro de la rueda motivacional para el cambio.
3. Guiar a la paciente para que establezca metas realistas.
4. La paciente adquirirá conocimientos con respecto al tema de obesidad (clasificación, etiología, complicaciones, factores de riesgo y protectores, así como tratamiento médico y psicológico).

Técnicas: Entrevista de diagnóstico, entrevista motivacional, exposición guiada y biblioterapia.

Formatos: Registro de disminución de peso y Automonitoreo (ver anexo 21 y 24).

Materiales: Equipo de cómputo, pizarrón, plumones, báscula y tríptico de obesidad (ver anexo 25).

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura.

2. Se le explican los resultados obtenidos de su evaluación psicológica, de la entrevista, así como del automonitoreo y se establecen relaciones causales con su problema de obesidad.
3. Se enfatiza qué factores de riesgo (patógenos conductuales) es necesario modificar y qué factores protectores (inmunógenos conductuales) es indispensable adquirir.
4. Se detalla con precisión el encuadre del programa de intervención (duración, número de sesiones, etc.) y se destaca la manera en a través de éste, se puede lograr la reducción de peso, así como su mantenimiento.
5. Mediante una exposición guiada que incluye técnicas como enunciación, ejemplificación, frases cortas, vocabulario neutro, etc., se explica qué es la obesidad, cómo obtener del Índice de Masa Corporal, su etiología, complicaciones y alternativas de tratamiento médico o de nutrición.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo y leer el tríptico de "Obesidad".

Resultados

La paciente identificó que es necesario modificar su estilo de vida (hábitos alimenticios e incrementar su actividad física), para lo cual es indispensable adquirir habilidades y no sólo tener la intención de hacer cambios. También modificó su percepción con respecto a los tratamientos para la obesidad, ya que reconoció que aquellos métodos que ofrecen alternativas rápidas para la reducción de peso, generalmente implican daños a la salud, o la ganancia del mismo al poco tiempo y que la meta no sólo es reducir peso, sino mantener los cambios. Por otro lado, se enfatizó que para lograr sus expectativas (4kg en un mes), se requiere la intervención de otros especialistas como el médico o el nutriólogo que puedan prescribirle alguna dieta o medicamentos para acelerar la reducción de peso, lo cual no compete

a la intervención psicológica. Así mismo, se le explicó que como meta final se debe establecer el peso mínimo que ha tenido después de su niñez (en su caso 75kg; ella planteó que quería llegar a 70kg). También identificó que el establecimiento de metas poco realistas generalmente tiene como consecuencia que al no verlas logradas, se pierda motivación para continuar haciendo cambios.

Finalmente, como resultado de la exposición del tema de obesidad, concluyó que le "preocupa" (sic) saber su nivel de obesidad y los riesgos para su salud, pero tiene "esperanzas" (sic) al saber que existen diferentes alternativas.

Sesión 4.

Ingreso a un servicio médico.

Objetivos específicos

1. La paciente reconocerá la importancia de estar bajo supervisión médica, a fin de descartar factores fisiológicos como causa de su problema de obesidad, o de un especialista en nutrición, que le prescriba una dieta acorde a sus necesidades.
2. La paciente analizará alternativas para acceder a dicho servicio.
3. La paciente identificará información relevante a preguntar en la consulta con el personal médico o de nutrición.

Técnicas: Balance decisional, solución de problemas, entrevista motivacional.

Formatos: Balance decisional para ingresar a un servicio médico (ver anexo 6), Registro de disminución de peso y Automonitoreo (ver anexo 21 y 24).

Materiales: Papelería y báscula.

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura.

2. Con el formato de Balance decisional, se pide a la paciente que identifique las ventajas y desventajas de acceder o no a un servicio con el médico y/o nutriólogo.
3. Posteriormente, se analizan los datos obtenidos tanto cualitativa, como cuantitativamente y se hace una elección
4. En caso de una decisión afirmativa, se ubican los obstáculos para ingresar al servicio elegido y mediante la técnica de solución de problemas, se identifican alternativas para contrarrestarlos.
5. Junto con la paciente, se enlistan dudas que sólo el especialista puede aclarar, con respecto al problema de obesidad.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo.

Resultados

A través del balance decisional, la paciente reconoció la importancia de ingresar a un servicio con el médico o nutriólogo, para contar con un tratamiento integral y lograr cambios a corto plazo, así como para descartar algún problema hormonal como factor de contribución a su problema de obesidad. No obstante, identificó como obstáculos la falta de recursos económicos para acceder a un servicio privado, ya que sus horarios escolares son incompatibles con los de instituciones públicas. Como alternativas consideró esperar dos semanas para disminuir sus gastos; así mismo, se le otorgaron opciones acordes a sus necesidades. Por otro lado, elaboró una lista con dudas específicas para realizar al especialista.

Sesión 5.

Educación para la salud: alimentación saludable.

Objetivo específico

1. La paciente conocerá las características de los grupos de alimentos que constituyen un comer saludable, a fin de incluirlos en su dieta.

Técnicas: Exposición guiada y biblioterapia.

Formatos: Registro de disminución de peso y Automonitoreo (ver anexo 21 y 24).

Materiales: Equipo de cómputo, báscula, recetario de 1800 calorías y tríptico de alimentación (ver anexo 27).

Procedimiento:

1. Se registra peso y estatura.
2. Se expone a la paciente la clasificación de alimentos por grupos (proteínas, grasas y carbohidratos), la cantidad en que cada uno de ellos debe ser incluido en nuestra dieta, así como los beneficios y perjuicios para la salud de los mismos.
3. Se le proporciona el recetario y una lista de intercambio de alimentos y se analiza cómo es posible ingerir los alimentos preferidos, al conocer las raciones sugeridas.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo y leer el tríptico de "Alimentación".

Resultados

La paciente fue capaz de diferenciar los grupos de alimentos, así como los porcentajes sugeridos para incluirlos en la dieta. Por otro lado, aprendió a analizar las listas de intercambio, y con apoyo del recetario, conoció diferentes formas de prepararlos y combinarlos, lo cual modificó su creencia de que para bajar de peso es necesario restringir alimentos o no quedar satisfecha.

Sesión 6, 7, 8, 9.

Modificación de hábitos alimenticios.

Objetivos específicos

1. La paciente analizará los resultados del automonitoreo recabados hasta esta sesión, a fin de aprender a discriminar los estímulos presentes en su ambiente, que la llevan a ingerir alimentos de forma poco saludable (lugares, personas, hora del día, actividades, motivos).
2. Adquirirá habilidades conductuales que le permitan hacer modificaciones en su ambiente, con la finalidad de disminuir factores de riesgo (patógenos) e incrementar factores protectores (inmunógenos), para controlar su conducta de ingesta.

Técnicas: Autocontrol (control de estímulos, manejo de contingencias de reforzamiento, modificación del estilo de alimentación, entrenamiento en la demora, conductas alternativas) solución de problemas y biblioterapia.

Formatos: Registro de disminución de peso y Automonitoreo (ver anexo 21 y 24).

Materiales: Pizarrón, plumones, báscula, letreros de control de estímulos (ver anexo 13) y tríptico "Controlar mi forma de comer" (ver anexo 28).

Procedimiento.

1. Se registra peso y estatura.
2. Se le entrega a la paciente una síntesis con los resultados obtenidos hasta esta sesión de su automonitoreo.
3. Se analiza su patrón de conducta de ingesta y con apoyo visual (en el pizarrón), se le explica el análisis funcional de la misma.

4. Una vez identificados los antecedentes (estímulos) de su conducta de ingesta, mediante la técnica de solución de problemas se dirige a la paciente para que proponga alternativas a fin de modificarlos. Así mismo, se le explica la forma en que las técnicas de autocontrol son útiles para la reestructuración ambiental y por ende para incrementar inmunógenos conductuales (ingesta saludable).
5. En primer lugar se eligen las técnicas más sencillas para aplicar de acuerdo a las necesidades del paciente, a fin de incrementar las probabilidades de obtener resultados satisfactorios y con esto reforzar positivamente sus conductas. Conforme aprende los principios del autocontrol y obtiene resultados a favor, se incrementa gradualmente la complejidad de las modificaciones a realizar.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo, leer el tríptico "Controlar mi forma de comer" y el material "Los culpables son los hábitos no los kilogramos" (Mahoney y Mahoney, 1999).

Resultados

La paciente mostró adherencia al tratamiento psicológico, en cuanto a tareas asignadas. En el caso del requisitado del automonitoreo, aprendió a observar su conducta de ingesta, así como los antecedentes y consecuencias. Cabe resaltar que en todo momento entregó sus registros con información valiosa. Además, aunque no se haya planteado como objetivo, confirmó la teoría de que el simple llenado puede llevar a modificaciones en la conducta problema, ya que al identificar que habían excesos en su comer buscaba reducir su ingesta.

Entre los datos que se obtuvieron, de manera general se encontró que:

- Presentaba períodos de ayuno de más de 7hrs., ya desayunaba al medio día y comía por la noche.
- Debido a esos períodos de ayuno, mostraba hambre en un nivel 2 (mucho), de manera que para saciarla recurría a las opciones más viables en ese momento, que generalmente eran dulces, golosinas o alimentos con exceso de grasa.
- Aunque no mostró conductas de picar (probar alimentos), entre una y otra comida tiende a incluir dos o más colaciones, las cuáles generalmente son golosinas.
- Generalmente, al día incluía sólo dos comidas completas, las cuáles no tenían un horario establecido.
- Regularmente come en 20 minutos o menos.
- El grado de hambre en sus colaciones era de nivel cero (nada de hambre).
- Aún cuando su nivel de hambre era de 1 (poca), se excedía en su consumo.
- El consumo de frutas y verduras se reducía a 3 o 4 raciones a la semana.
- Comía hasta 6 tortillas al día.
- Come al mismo tiempo que ve la televisión.
- Los alimentos que ingiere generalmente no representan un gran volumen, pero son ricos en calorías.
- Por las noches ingiere gran cantidad de alimento.
- Consumo frecuente de refresco.
- Ingiere mayor cantidad de dulces los fines de semana, ya que es cuando hay reuniones familiares.
- Antes de ingerir alimento, generalmente lleva tiempo pensando en comida.
- No existe variabilidad de alimentos en sus comidas.
- Los principales motivos por los que come son porque está aburrida o preocupada (ansiosa).

Con cada uno de estos datos, mediante la técnica de solución de conflictos, identificaron alternativas para modificar patrones. También, se emplearon técnicas de autocontrol, las cuáles le fueron explicadas y ejemplificadas, dirigiéndola gradualmente, hasta darle autonomía para tomar decisiones. Se lograron modificar los siguientes patógenos conductuales:

- Debido a que por las mañanas no presentaba hambre, además de la falta de tiempo para ingerir alimentos, no tuvo dificultad en incluir alimentos ligeros y prácticos de preparar como barras de cereal, licuados o yogurt, por lo que sus periodos de ayuno decrecieron de 7 a 4hrs.
- La frecuencia de comidas completas incrementó de dos a tres al día, gracias a la técnica de solución de problemas, mediante la cual generó alternativas como llevar alimento a su escuela, para el cual se contó con el apoyo de su madre; con ello también disminuyó el tiempo entre una comida y otra y por ende, el grado de hambre al comer. Con ello, ya no requería incluir más de dos colaciones entre una comida y otra. Así por las noches también redujo la cantidad de alimento ingerido.
- Con apoyo de un letrero que colocó en un lugar visible en su casa que le recordaba los beneficios de comer despacio (control de estímulos; ver anexo 13, número 3), pudo incrementar la duración de su conducta meta (comer) de 20 a 30 minutos.
- Gracias a las sesiones de educación para la salud, conoció diferentes formas de combinar alimentos, así como prepararlos para que fueran más saludables: cocinar con aceite de oliva, preferir alimentos bajos en grasas, etc.
- Disminuyó su consumo de refresco, al llevar una botella de agua natural a su escuela.

- Para disminuir su consumo de calorías los fines de semana, se realizaron modificaciones como comer algo saludable antes de llegar al punto de reunión con familiares (interrupción de eslabones en la conducta).
- Para modificar su estilo de alimentación, modificó su vajilla por platos pequeños.

Le fue difícil modificar:

- Comer sin ver la televisión, ya que ésta se ubica en el mismo lugar donde come, además la familia lo hace de esa manera y no fue viable cambiarla de lugar.
- Demorar la conducta de comer, así como realizar actividades alternativas a la misma.
- Incrementar la ingesta de verduras.

Sesión 10 y 11.

Entrenamiento en habilidades para el establecimiento de apoyo social.

Objetivos específicos

1. La paciente adquirirá habilidades sociales que le permitan disminuir conductas de ingesta por presión social.

Técnicas: Exposición, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reforzamiento.

Formatos: Registro de disminución de peso y Automonitoreo (ver anexo 21 y 24).

Materiales: Báscula.

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura

2. Se analiza la manera en que la presión social incrementa la ingesta de comer.
3. Con base en el Cuestionario de Habilidades Sociales aplicado en la fase de evaluación y la información obtenida del automonitoreo, se identifican aquellas habilidades por adquirir.
4. Se exponen los pasos a realizar en cada habilidad.
5. La terapeuta hace un modelamiento de la habilidad, posteriormente la paciente la pone en práctica en un ensayo conductual.
6. A la par que se moldea su conducta y se refuerzan positivamente (de forma verbal) los eslabones de conducta adquiridos.

Recomendaciones: Completar automonitoreo.

Resultados

Con base en la evaluación de habilidades sociales, así como el llenado del automonitoreo, su dificultad para responder a la persuasión, así como para pedir ayuda, son las razones principales por las que incrementa su conducta de ingesta. Aprendió a pedir ayuda, lo cual implica los siguientes pasos (Goldstein, Soprofkin y Gershaw, 1990): 1) definir el problema, 2) decidir si requiere ayuda, 3) Identificar quién podría apoyarle, 4) elegir a la persona más viable y 4) informar a esa persona acerca del problema. Lo aplicó con un familiar que forma parte de grupo primario (prima), el resultado fue que esta persona no le ofrecía alimentos poco saludables y la invitaba a realizar actividades deportivas (de esta manera fue más probable que lo realizara, ya que representó una tarea agradable el no hacerlo sola). Por otro lado, aprendió a responder a la persuasión al seguir las siguientes instrucciones (Goldstein, Soprofkin y Gershaw, 1990): 1) escuchar con atención a la otra persona, 2) considerar las razones por las que mantiene esa posición, 3) identificar los pros y contras de ambas posiciones y 4) tomar una decisión con base en lo que le resulte más

benéfico. Esta habilidad la puso en práctica en reuniones familiares, ya que generalmente acepta comida aún cuando no lo desea. Con algunas personas le resultó funcional, sin embargo, cuando no le fue posible, identificó alternativas como aceptarla y guardarla para consumirla otro día u ofrecerla a otra persona.

Sesión 12.

Incremento de actividad física.

Objetivos específicos

1. La paciente identificará la importancia de incrementar su nivel de actividad física y/o ejercicio, como inmunógeno conductal de salud.
2. Aprenderá a realizar modificaciones a su ambiente a fin de incrementar periodos de actividad física.

Técnicas: Autocontrol (control de estímulos, manejo de contingencias de reforzamiento), solución de problemas y biblioterapia.

Formatos: Registro de disminución de peso (ver anexo 21) y Automonitoreo cognitivo (ver anexo 29).

Materiales: Tríptico "Actividad física" (ver anexo 30), letrero de control de estímulos (ver anexo 13, figura 2) y báscula.

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura.
2. Se reflexiona con respecto a las ventajas y desventajas de realizar ejercicio o incrementar la actividad física.
3. Mediante las técnicas de autocontrol y solución de problemas, se identifican alternativa para incrementar la actividad física y/o ejercicio.
4. Se le proporciona el letrero "me siento mejor cuando hago ejercicio" para que lo coloque en un lugar visible.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo cognitivo y leer el tríptico de "Actividad física".

Resultados

La paciente modificó su creencia con respecto a tener que efectuar una gran cantidad de ejercicio para mejorar su salud y consideró viable incrementar su actividad física. Dado que para realizar las actividades que disfruta como el básquetbol, se presentaron diversas barreras (falta de tiempo y espacios adecuados), como alternativa sugirió el baile, ya que es algo que le agrada. Para incrementar esta conducta, que sólo ejecutaba los fines de semana, planteó como meta realizarlo dos días más a la semana en períodos de 20 minutos; así mismo, se eligió un reforzador y un castigo en caso de cumplir o no con su meta; es una conducta que puedo mantener. También modificó las rutas que recorre para acceder a su hogar y escuela, a fin de incrementar la caminata.

Sesión 13 y 14.

Modificación de pensamientos distorsionados.

Objetivos específicos

1. La paciente identificará la manera en que sus pensamientos, emociones y conductas (análisis funcional) determinan su ingesta.
2. La paciente aprenderá a identificar pensamientos distorsionados, mediante la búsqueda de evidencias empíricas, que contribuyan a que su conducta de ingesta incremente.
3. La paciente aprenderá a generar pensamientos alternativos que contribuyan a disminuir la conducta de comer.

Técnicas: Reestructuración cognitiva (descentrar, descatastrofizar, debate).

Formatos: Formato de evidencia a favor y en contra (ver anexo 31), Registro de disminución de peso y Automonitoreo cognitivo (ver anexo 21 y 29).

Materiales: Báscula, pizarrón y plumones.

Procedimiento

1. Se registra peso y estatura.
2. Se explica detalladamente a la paciente, la relación funcional entre las conductas, las emociones y las cogniciones, lo cual es un factor determinante en la conducta de ingesta.
3. De los automonitoreos cognitivos se eligen los pensamientos que reportan mayor frecuencia y que tiene como consecuencia un incremento en la conducta de ingesta.
4. De cada uno de ellos (con uso del formato de evidencia a favor y en contra) se analizan las evidencias empíricas que lo sustentan y en aquellos que resultan con más factores en contra, se crean pensamientos alternativos. En los que resultan mayor número de evidencias a favor, lo cual significa que empíricamente son válidos, se emplea la técnica de solución de conflictos.

Recomendaciones: Completar el automonitoreo cognitivo y formato de evidencia a favor y en contra.

Resultados

Durante todo el tratamiento se ha trabajado con cogniciones, no obstante, en esta etapa se incluyen un tratamiento específico, ya que de acuerdo a la literatura, se obtienen resultados a corto plazo con técnicas conductuales, lo cual incrementa la motivación del paciente y por ende su adherencia a los tratamientos.

La paciente logró establecer la relación conducta-cognición-emoción, y aunque le fue complicado identificar pensamientos específicos, fue posible detectar como los siguientes:

- De todo o nada y demandas: "no debí haber comido eso", que generalmente tenían como consecuencia enojo y culpa; sin embargo, no se detectó que esto tuviera a su vez como resultado incremento en la ingesta.
- Magnificación: "¡Sólo me hubiera comido la mitad!".
- Minimización de logros: "No he progresado".

Con el empleo del formato de evidencia a favor y en contra, no tuvo limitantes al analizar la evidencia empírica de sus pensamientos ni en generar alternativas, de manera que los descatastrofizó y reconoció la importancia de sus logros. Como resultado se registraron con menor frecuencia la emoción de enojo y la actitud de culpa.

Sin embargo, debido a que al llegar a estas sesiones, la paciente ya presentaba modificaciones en sus hábitos alimenticios, muchas cogniciones fueron aprobatorias con respecto a su ingesta: "estuvo bien que comiera eso"; el punto a considerar de esta situación es que tendía a evaluar su comer de manera específica y no de acuerdo a todo lo que había consumido durante el día, por lo que aún cuando comía grandes proporciones, consideraba que era adecuado. Por ello fue necesario, replantear sus metas.

Fase III. Evaluación del tratamiento

Sesión 15.

Post-evaluación.

Objetivos específicos

1. Medir niveles de ansiedad, depresión y habilidades sociales (post).
2. Obtener nivel de información con respecto al tema de obesidad.

3. La paciente identificará logros obtenidos al analizar cambios en hábitos alimenticios, actividad física y por ende en su peso, índice de masa corporal y cintura.

Técnicas: Aplicación de pruebas psicológicas, entrevista motivacional.

Instrumentos: Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck anexo 4 y 5).
Cuestionario de Habilidades Sociales (ver anexo 6).
Cuestionario de Conocimientos Generales sobre
Obesidad (Post) (ver anexo 23).

Formatos: Registro de disminución de peso, Registro de cintura y Automonitoreo.

Materiales: Báscula, cinta métrica y papelería.

Procedimiento

1. Se registra peso, estatura y circunferencia de la cintura.
2. Se aplican los instrumentos mencionados.
3. Mediante el uso de gráficas, se ejemplifica a la paciente los logros obtenidos.

Resultados generales y conclusiones

Desde la década de los 80', se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, situación que a la fecha no ha sido posible controlar. La tendencia es alarmante, ya que estos padecimientos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005) contribuyen de manera significativa en la presencia de las principales causas de mortalidad como la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón (Secretaría de Salud, 2003). La obesidad es un problema multifactorial, que tiene un componente biológico, psicológico y social, lo cual implica intervenir en éstas áreas con la finalidad de lograr resultados favorables y no verlo como un padecimiento aislado. Por ello es necesario modificar la creencia generalmente difundida por los

medios de comunicación, no sólo en los pacientes, sino también en los profesionistas de la salud, de que las intervenciones para esta enfermedad se reducen a la disminución de peso, que se consiguen resultados en un breve lapso de tiempo y que el ejercicio o la dieta son modificaciones momentáneas. Es así que al presentar este caso clínico se pretende mostrar la forma en que las estrategias cognitivo-conductuales contribuyen a la modificación de estilos de vida, que tienen como resultado una disminución de peso y por ende minimizan los riesgos para la salud.

Esta paciente comenzó a incrementar su peso corporal, según informó, a partir de los 10 años de edad, lo cual significa que le llevó 8 años tener el peso que actualmente presenta. Esto implica que las modificaciones necesarias de realizar no se reducen a unos meses, sino que debe verlas como un parte de su estilo de vida y que si bien con un tratamiento breve puede adquirir habilidades para modificar sus hábitos, es necesario un seguimiento a largo plazo. Por ello, se planteó como objetivo general una reducción de peso de un mínimo del 5% de su peso total, ya que de acuerdo a la literatura, las metas deben ser realistas para que puedan reforzar de manera positiva la modificación de hábitos y que con esto se mantenga la adherencia al tratamiento, además de que esa disminución de peso, ha mostrado una reducción significativa en los riesgos para la salud (Cooper y Fairburn, 2001; Suverza, 2005); incluso, también es necesario modificar la creencia de que el mantenimiento de la pérdida, no puede ser visto como un objetivo terapéutico (Serdula, Kettel y Dietz, 2003), ya que el no ganar peso quiere decir que la paciente ha puesto en práctica ciertas habilidades.

En el caso que se describe, fue posible conseguir los objetivos terapéuticos inicialmente planteados durante 14 sesiones, que por necesidades de la paciente se realizaron cada 15 días, lo cual equivale a 7 meses de tratamiento. Fue permisible trabajar las áreas más

importantes a fin de que la paciente adquiriera habilidades para modificar sus estilos de vida, como son el consumo de alimentos y la realización de actividad física.

Esta intervención le proporcionó a la paciente las bases para continuar con la modificación de hábitos. Para fines de este informe se presentan los siguientes resultados, aunque vale la pena mencionar que la intervención con esta paciente continúa, ya que si bien ha adquirido habilidades, requiere más tiempo para continuar implementándolas, y que con ello se vea un decremento mayor de peso; por otro lado, se enfatizó que la meta final no sólo es perder peso, sino mantenerlo.

En la figura 13 se puede observar cómo a partir de la sexta sesión comenzó a disminuir de manera gradual de 96kg a 91kg (4 kilos). Además, su índice de masa corporal también se redujo de 37 a 35 (ver figura 14), que aunque continúa en grado II de obesidad, con una décima menos se ubicaría en nivel I. Donde no se obtuvieron cambios significativos fue en la medida de la cintura, ya que sólo tuvo un decremento de 2cm.

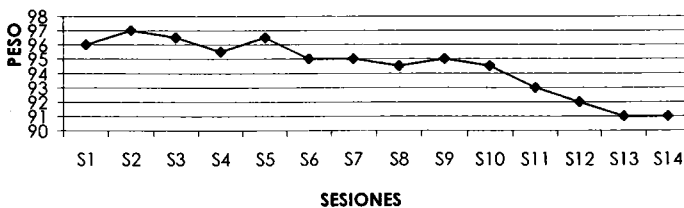


Figura 13. Resultados del registro de peso durante la intervención.

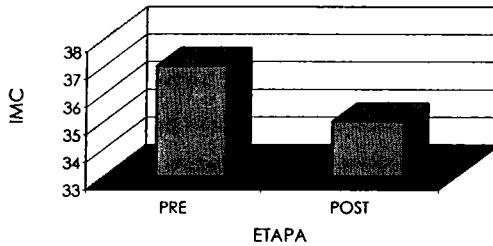


Figura 14. Índice de Masa Corporal pre y post intervención.

El cambio en la sexta sesión puede explicarse porque a partir de ese momento se implementan cambios más definidos en la conducta de comer.

Con base en su automonitoreo, así como en su evaluación psicológica, se puede concretar que los cambios fueron posibles gracias a:

1. La adquisición de conocimientos sobre obesidad (educación para la salud y biblioterapia), con lo cual se modificaron creencias con respecto a la supuesta efectividad de los tratamientos breves, momentáneos, restrictivos o que no se centran en la modificación de hábitos alimenticios o incremento de actividad física (medicamentos, jugos, licuados, etc.) y migró de la etapa de precontemplación a la de contemplación, en cuanto a los riesgos que para su salud trae consigo un incremento de peso (no visualizó la intervención sólo con fines estéticos). Su calificación en cuanto a conocimientos de obesidad incrementó de 2.2 en la fase pre a 9 en la fase post.

1. La adquisición de conocimientos de nutrición con lo cual aprendió a hacer más variados sus alimentos, así como a

modificar creencias erróneas con respecto a lo dañino de ciertos grupos alimenticios.

2. Las habilidades de autocontrol, le ayudaron a modificar estímulos ambientales y con ello tener el control de su conducta de comer. Con el automonitoreo, al darse cuenta de la cantidad de alimento que había ingerido, intentaba hacer modificaciones a lo largo del día. Además, con estímulos visuales que le recordaban ingerir alimentos saludables o comer despacio, con estrategias como poner alimentos no saludables fuera de su alcance, el no ir de compras con hambre, etc., así como las modificaciones en el estilo de alimentación como comer en platos pequeños, dejar los cubiertos entre bocado y bocado, etc., fue reduciendo la cantidad de alimentos ingeridos. Desafortunadamente, es complejo cuantificar el cambio en sus hábitos alimenticios, específicamente en cuanto a cantidad de calorías se refiere, por lo que de manera general sólo se puede concluir que disminuyó su consumo de bebidas gaseosas, carnes rojas, tortilla, pan y "golosinas" y que incrementó el de agua natural, carne blanca, lácteos, fruta y verdura.
3. Con la técnica de solución de conflictos logró implementar una comida al inicio del día y con ello disminuir los períodos prolongados de ayuno que mantenía, así como establecer un patrón de alimentación que incluyera tres comidas centrales con colaciones entre ellas.
4. Las estrategias cognitivas que también le permitieron modificar las creencias anteriormente mencionadas, así como disminuir el enojo y culpa al comer algún alimento no permitido y con ello interrumpir el círculo que podría llevarla a comer más; también aprendió a maximizar logros y

minimizar errores para incrementar su percepción de autoeficacia.

5. Adquirió dos habilidades sociales en las que al inicio del tratamiento reportó como déficit que son pedir ayuda y responder a la persuasión lo que también fue útil para reducir el consumo de alimentos por presión social.
6. También se modificó la creencia de que para incrementar la actividad física es necesario hacer modificaciones con efectos negativos, al generar alternativas de acuerdo a sus necesidades e intereses que refuercen de manera significativa su esfuerzo.
7. Finalmente mostró adherencia al tratamiento gracias a que el tratamiento no fue restrictivo, fue flexible, tomó en consideración sus necesidades, no fue autoritario, ni le fomentaron falsas expectativas. Además, observó resultados que reforzaron de manera positiva sus esfuerzos.

Sugerencias

La relevancia de presentar este caso radica en mostrar la efectividad de la intervención, pero también aquéllas estrategias que fueron menos efectivas, con la finalidad de aportar a las personas interesadas, pautas para brindar un tratamiento con población que presenta la misma problemática.

Aún cuando se logró una reducción de peso en esta paciente, el tratamiento que se llevó a cabo hace reflexionar con respecto a qué otras variables son necesarias incluir a fin de mejorar su efectividad. Por un lado, es necesario profundizar más en la parte cognitiva, ya que no se logró identificar con claridad qué tipo de emoción formaba parte de la cadena que la llevaba a incrementar su consumo de alimento, más allá de sus necesidades fisiológicas. Aunque en apariencia no reportó niveles significativos de ansiedad, se sugiere incluir sesiones de relajación

que le permitan controlar estados emotivos, o que funjan como conductas incompatibles que además demoren la aparición de la conducta de ingesta, todo enfocado a que logre controlar la misma.

Por otro lado, resulta importante también trabajar con los "deberías" que la paciente presenta con respecto al haber o no ingerido algún alimento, ya que este tipo de pensamientos generalmente tienen como resultado culpa y una disminución en la percepción de autoeficacia, que a su vez incrementan la ingesta.

Además, es necesario incrementar y reforzar sus redes de apoyo social, en primera instancia con la madre, ya que al ser la principal proveedora de alimento en casa, es necesario que a través de sesiones de educación para la salud adquiera conocimientos con respecto a qué alimentos saludables preparar, así como combinaciones que los hagan atractivos para toda la familia y que modifiquen la creencia de que el mantener un peso saludable implica renunciar a sabores agradables, o es sinónimo de restricción. Por otro lado, sería útil que adquiera habilidades sociales no sólo para evitar comer por presión de los demás, sino también para mejorar su interacción social.

Finalmente, es de suma importancia buscar que la intervención sea multidisciplinaria, ya que el problema de la obesidad es multifactorial, y no incluye únicamente variables psicológicas. Desafortunadamente, a la fecha de elaboración de este informe no se contó con el apoyo de otros profesionistas, ni fue posible descartar problema hormonal en la paciente. Seguramente, de haber contado con una intervención integral, ya sea con médico o nutriólogo, se hubiera acelerado la pérdida de peso.

También queda por incluir actividades alternativas al aburrimiento que fue una de las razones de su incremento en la ingesta, así el manejo

de la ansiedad, que aunque en apariencia no fue una variable que afectara de manera significativa su conducta de comer, en ciertas circunstancias la incrementaba; para ello se pueden incluir técnicas de relajación como respiración diafragmática o imaginería (Fairburn, 1995; Wylie-Rosett, Swencionis, Caba, Friedler y Schaffer, 1997; Mahoney y Mahoney, 1999; García-Camba, 2002).

Finalmente, se sugiere reforzar no sólo la meta final (disminución de peso), sino también las submetas o cambios de estilos de vida.

CAPÍTULO 5

PROCESO DE ADMISIÓN Y CANALIZACIÓN

Como se ha observado hasta este momento, la principal actividad del Centro de Servicios Psicológicos consiste en brindar atención psicológica al público en general. Para ello requiere de procedimientos que faciliten la prestación de dicho servicio, a fin de cubrir las necesidades de los solicitantes. Los procesos centrales que agilizan esta tarea, el de admisión, así como el de canalización, han sufrido modificaciones desde que se originó dicho Centro.

En el período de residencia de la exponente dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos (PAPAEDC), le tocó contribuir de manera significativa en la mejora continua de ambos procesos. Bajo la dirección de la Coordinadora del Programa, Lic. Rebeca Sánchez Monroy, se continuó con una investigación a fin de identificar las áreas de oportunidad de los procesos mencionados y así elaborar e implementar planes de acción, retroalimentando la misma con los resultados generados. Dicha investigación, que a la fecha continúa, ha obtenido logros importantes al reducir el tiempo de espera del paciente para acceder al servicio, así como incrementar su satisfacción con el mismo.

Al ser esta una labor importante por la contribución dada al Centro, así como en la adquisición de habilidades de administración de servicios de salud en el residente, por las características de la sede que no sólo le brindó espacios para su entrenamiento clínico, se dedica el presente capítulo a la descripción de las modificaciones que han sufrido los procesos de admisión y canalización, las cuáles se presentan por períodos para su mejor comprensión.

Primera Etapa: periodo de marzo – julio 2003 (ver figura 15)

1. Durante este lapso de tiempo no se contó con una convocatoria formal a fin de que el público conociera el procedimiento para hacer uso del servicio terapéutico. Las solicitudes (ficha de admisión, ver anexo 32) se entregaban cada 2 o 3 meses, durante una semana, en dos turnos (matutino y vespertino), sin tener un número limitado. El interesado únicamente tenía que presentar una identificación oficial, con la finalidad de verificar sus datos (en menores de 12 años, el padre o tutor los requisitaba).
2. Una vez que se tenían las fichas requisitadas, las responsables de recepción procedían a capturarlas, para después hacer entrega de éstas a una tercera persona, la encargada del área administrativa, quien cumplía una doble función, por un lado alimentaba la base de datos del Centro, y por otro asignaba los casos a los diferentes programas o terapeutas de acuerdo a la disponibilidad de los mismos y al motivo de consulta del paciente; este procedimiento en ocasiones tardaba hasta seis meses en finalizar.

Admisión al PAPAECD

3. Una vez que las solicitudes asignadas al PAPAECD eran entregadas a la Jefa de Residentes (cargo que lleva algún estudiante de la maestría de nivel 2), se elaboraba un registro con el número de folio de la solicitud, fecha y nombre del paciente. Posteriormente se procedía a la asignación de terapeutas, con base en la especialidad y espacio disponible de cada uno de ellos, para que realizaran entrevistas de exploración a fin de obtener una impresión diagnóstica y determinar el tipo de tratamiento que mejor cubriera sus necesidades.
4. El terapeuta responsable, procedía a contactar vía telefónica al paciente a fin de concertar una cita para dar inicio a la evaluación diagnóstica. Cabe mencionar que cuando el

paciente no es localizado por este medio, se le envía un telegrama con los datos del terapeuta asignado, la fecha y hora de su cita, así como los teléfonos para confirmarla.

5. La entrevista de exploración (ver anexo 1) tenía una duración de 50min., lo que equivale a una sesión terapéutica. Al término de la misma, y una vez que se retroalimentaba al paciente con respecto a su situación, se acordaba con el paciente un horario para iniciar el tratamiento.
6. En caso de que con la entrevista se identificara que la problemática requería de la atención de otro de los Programas del Centro, se le informaba a la Jefa de Residentes, quien requisitaba el formato de canalización interna (ver anexo 33), y a su vez se reunía con el responsable del programa correspondiente para exponerle el por qué la necesidad del paciente quedaría cubierta con el servicio que éste brinda y así entregarle el caso. La Jefa de Residente archivaba copias del expediente, con el acuse de recibido.

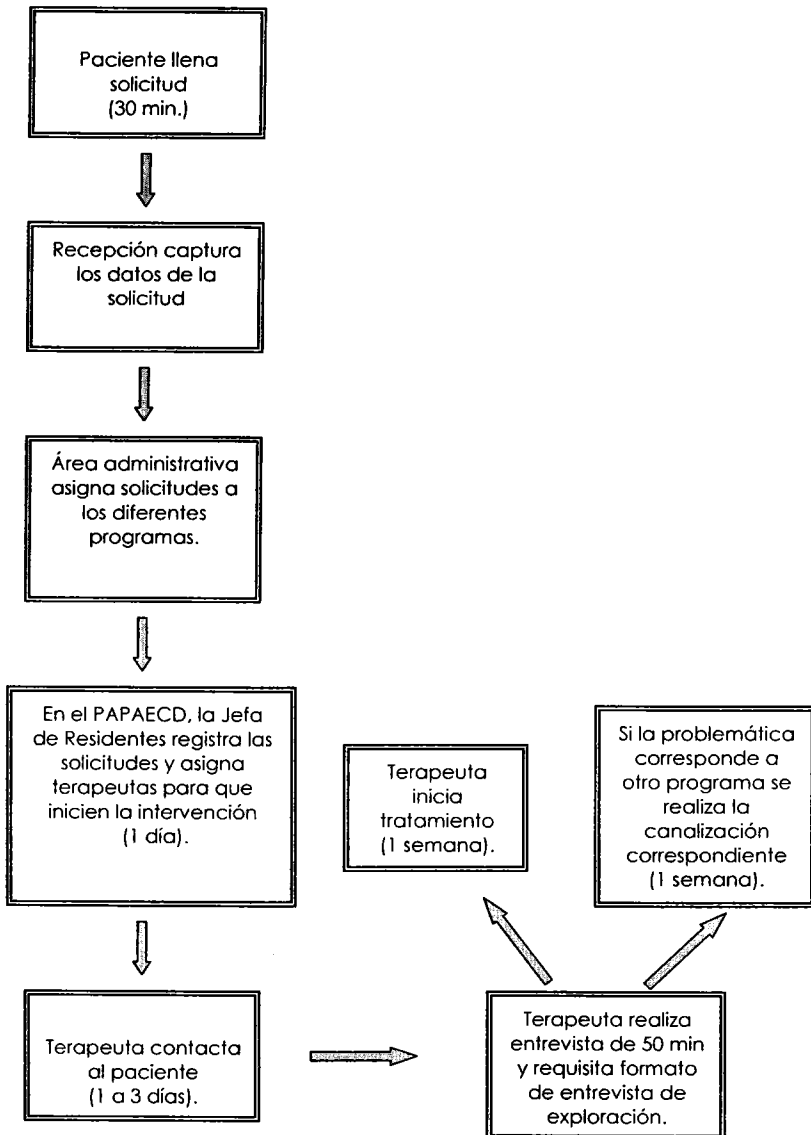


Figura 15. Proceso de admisión y canalización (primera etapa).

Segunda etapa: periodo de agosto 2003 – mayo 2004 (ver figura 16)

1. Durante esta etapa tampoco se contó con una convocatoria formal.
2. La captura de los datos continuaba a cargo del área de recepción y la asignación de los casos por parte de la encargada administrativa.

Asignación al PAPAECD

3. A diferencia de la etapa anterior, una vez que las solicitudes eran asignadas al PAPAECD, la Jefa de Residentes registraba las mismas y las entregaba a su personal, únicamente para que éstos se responsabilizaran de realizar la entrevista de exploración. La consigna fue entrevistar en promedio a ocho pacientes y requisitar los formatos correspondientes a más tardar en un período de cinco días. Lo anterior con la finalidad de obtener una impresión diagnóstica antes de asignar terapeutas para iniciar el tratamiento.
4. Antes de realizar las entrevistas, en una sesión de supervisión con la responsable del PAPAECD, se analizaban todos los casos, a fin de estructurar la entrevista con preguntas focalizadas dirigidas a corroborar hipótesis con respecto a la problemática del paciente. Este antecedente permitió establecer un tiempo de duración para la misma de 30 minutos, el cual es suficiente para recolectar los datos necesarios y definir el motivo de consulta; tal modificación permitió economizar tiempos y por ende, reducir la espera en el paciente para ser atendido. Además, mediante el análisis de la solicitud y la elaboración de preguntas estructuradas, dirigidas a obtener información precisa y concreta, no se requiere de mayor tiempo para poder obtener una impresión diagnóstica y decidir qué tipo de tratamiento requiere.

5. Al finalizar la entrevista, se informaba al paciente que en el transcurso de una semana el terapeuta que llevaría su caso se pondría en contacto con él, para establecer un horario e iniciar el tratamiento. Posteriormente, el psicólogo procedía al llenado del formato de entrevista de exploración (ver anexo 1) y el informe de canalización interna-externa (ver anexo 33) en el cual se hace un resumen de la problemática y una sugerencia justificada de a qué programa canalizar con posibles alternativas de tratamiento; esta actividad tenía una duración de más de 20 minutos.
6. Estos formatos, junto con la solicitud, eran entregados a la Jefa de Residentes, quien después de analizarlos y de acuerdo a los espacios disponibles, así como las habilidades de los terapeutas, los asignaba (en aproximadamente una semana, el paciente iniciaba tratamiento) o canalizaba de manera interna (a otros Programas) en caso de ser necesario.
7. Para la canalización, se contactaba al responsable del Programa requerido, se le explicaba brevemente el caso y se le entregaban la solicitud, así como el informe de canalización interna-externa. Se quedaba con el acuse de recibido y copias de todos estos documentos para ser archivados y tener un control de los mismos.

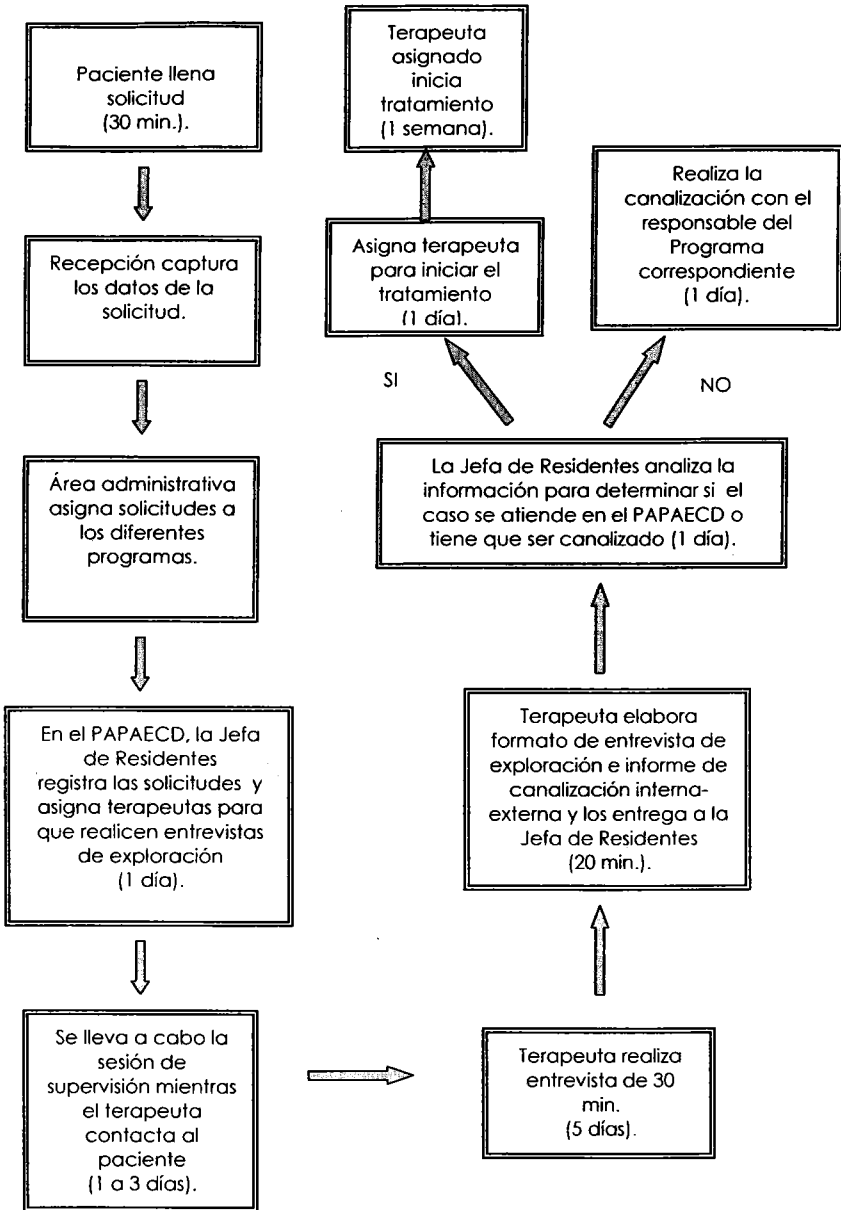


Figura 16. Proceso de admisión y canalización (segunda etapa).

Propuesta de modificación al proceso de admisión y canalización

La manera en que hasta ese momento se realizaba el proceso de admisión y canalización, hacía notar áreas de oportunidad con el objetivo de brindar un mejor servicio a los pacientes.

Por un lado, los pacientes no siempre recibían atención inmediata, por el tiempo que llevaba la captura de los datos, así como la distribución de los casos. Además, en ocasiones por falta de espacios disponibles, se le mantenía en lista de espera.

Es por ello que, la responsable del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos junto con su plantilla de integrantes, se dieron a la tarea de elaborar un proyecto de mejora al proceso de admisión y canalización. La propuesta tenía como objetivo principal reducir los tiempos de espera del paciente para recibir atención, así como que el Programa al que se le canalizaba fuera acorde a las necesidades de éste.

Tercera etapa: piloteo junio 2004 (ver figura 17)

Del 31 de mayo al 4 de junio del 2004 el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos llevó a cabo el piloteo del Proyecto de Mejora al Proceso de Admisión y Canalización.

Para ello se conformó un grupo diagnóstico con los terapeutas integrantes del PAPAECD, con la finalidad de que fueran los responsables de realizar las entrevistas y obtener una impresión diagnóstica para canalizar el caso al programa respectivo. Además, el formato de entrevista de exploración fue modificado con el objetivo de exponer los datos recabados en la entrevista de una forma general para ser comprendidos por cualquier terapeuta, independientemente

de la corriente teórica en la que fundamente su intervención; es así como surgió el formato de pre-consulta (ver anexo 2).

Durante toda una semana se entregaron solicitudes en un horario de 9 a 13hrs. Una vez que los pacientes requisitaron sus datos, el grupo diagnóstico, les realizó en ese momento entrevistas de pre-consulta con una duración de 30 minutos.

Las actividades que incluyeron el piloteo se describen a continuación:

1. El paciente requisita la ficha de admisión (solicitud).
2. Recepción registra el número de folio de la ficha y la entrega al responsable del grupo diagnóstico.
3. El responsable registra fecha, número de folio, nombre del paciente y nombre del terapeuta asignado para la realización de la entrevista.
4. El terapeuta realiza entrevista de pre-consulta en 30 minutos y llena en recepción el formato de pre-consulta, así como el informe de canalización interna-externa.
5. En caso de canalización interna, informa al paciente a qué programa será enviado y le pide que espere una llamada para indicarle cuándo iniciará su tratamiento. En caso de no poder ser atendido en el Centro porque requiere alguna otra especialidad, se procede a canalizar de manera externa. Para ello elabora la ficha de canalización (ver anexo 34) con los datos de la institución (previamente se elaboró un directorio con dependencias que prestan servicios de salud) que pueda dar atención a su problemática y se la entrega al paciente explicándole el motivo de la canalización.
6. El terapeuta entrega los formatos y la solicitud al responsable del grupo diagnóstico.

7. Éste registra el programa al que fue canalizado, así como el diagnóstico y regresa las solicitudes canalizadas internamente a la Coordinadora del Centro para su captura y asignación. Las canalizadas externamente las archiva y en un etapa posterior capturadas.

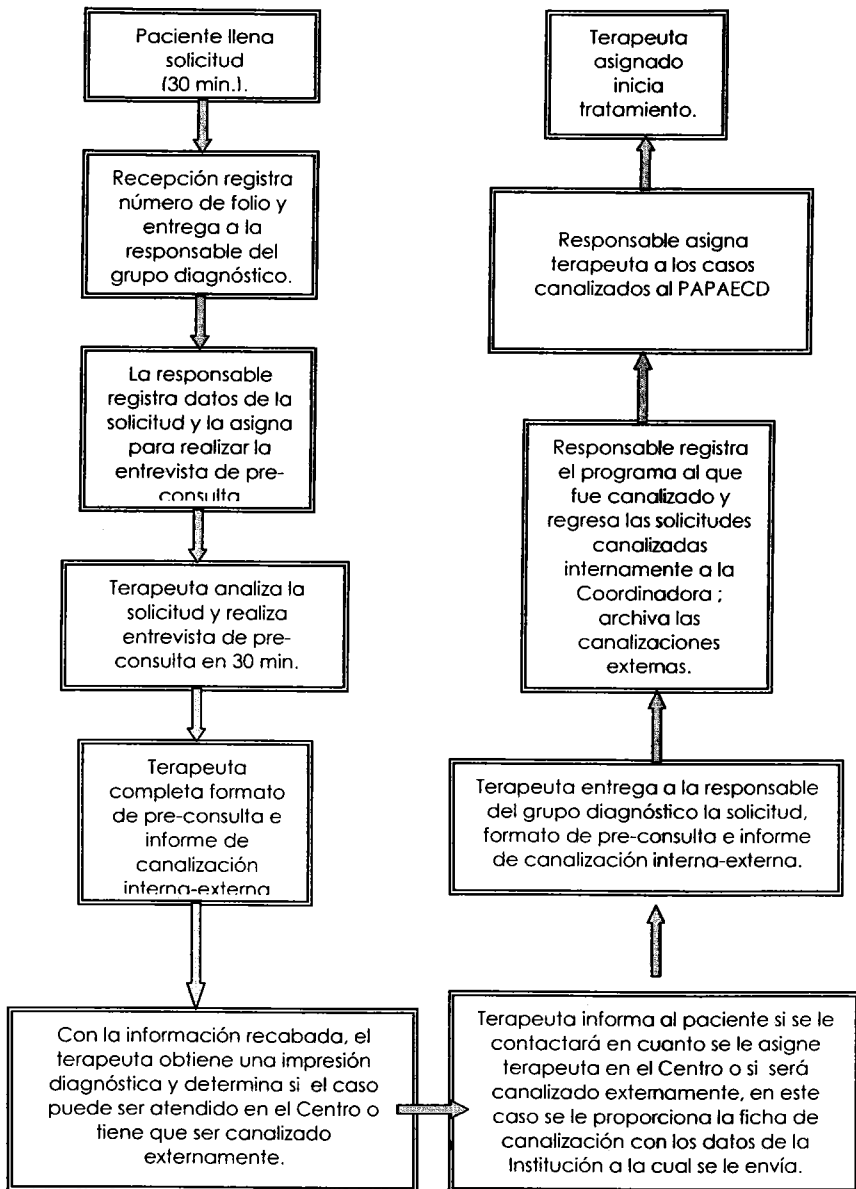


Figura 17. Proyecto de Mejora del proceso de admisión canalización (piloteo).

Resultados del piloteo

Durante esa semana se recibió un total de 342 solicitudes (incluyendo turno matutino y vespertino), del cual 67 fueron atendidas por el grupo diagnóstico, por lo que quedaron en espera 275 (ver figura 18).

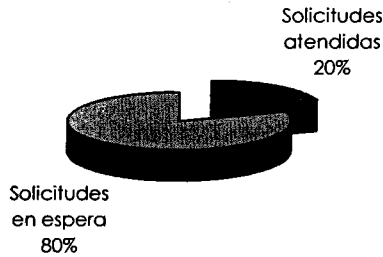


Figura 18. Solicitudes atendidas y en espera (n=342).

Durante el turno matutino (9 a 14hrs.), se recibieron 152 solicitudes, de las cuales 67 fueron atendidas, por lo que quedaron en espera 85 (ver figura 19).



Figura 19. Solicitudes atendidas y en espera en el turno matutino (n=152).

Por día se atendieron en promedio 13 solicitudes y 17 quedaron en espera (ver figura 20).

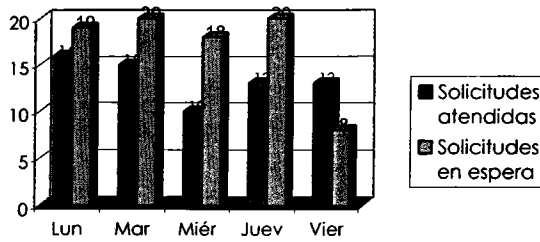


Figura 20. Solicitudes atendidas y en espera por día en el turno matutino (n=152).

De las 67 entrevistas realizadas, a 11 pacientes se les canalizó a alguno de los programas del Centro (por ser los espacios con los que en ese momento se contaba) y a 56 a alguna institución externa (ver figura 21). Cabe mencionar que se le ofrecía al paciente la opción de permanecer en lista de espera, pero en su mayoría aceptaban la canalización externa, ya que se les proponían dependencias con cuotas accesibles, lugares disponibles y con la especialidad que requerían.

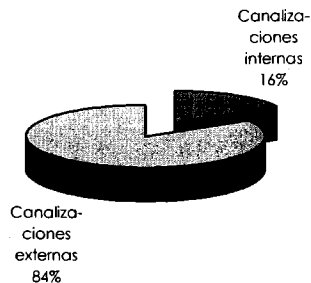


Figura 21. Canalizaciones internas y externas (n=67).

Seguimiento al piloteo

Con la finalidad de evaluar el piloteo del Proyecto de Mejora al Proceso de Admisión y Canalización, se realizó un seguimiento vía telefónica a todos los pacientes canalizados de manera externa.

De los 56 pacientes canalizados externamente, se logró localizar a 42 de ellos (ver figura 22).

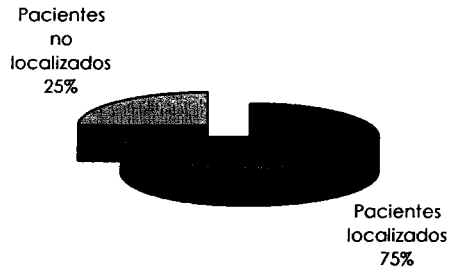


Figura 22. Pacientes localizados para el seguimiento (n=56).

De estos 42, el 50% (21 pacientes) ya había establecido contacto con la institución a la cual habían sido canalizados para concertar una cita; los demás aún no lo hacían por motivos como encontrarse en final de semestre o exceso de trabajo.

De los 21 pacientes que ya habían establecido contacto, 15 ya tenían cita programada y 6 no por dificultad para acordar un horario (ver figura 23).

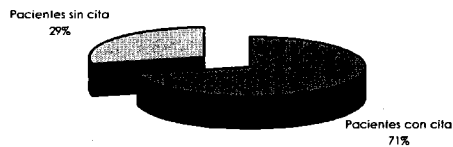


Figura 23. Pacientes con cita programada (n=21).

Discusión y conclusiones del piloteo

Los pacientes atendidos correspondieron al 44% de las solicitudes recibidas en el turno matutino, lo que significa que se cubrió parte considerable de la población a pesar de contar con pocos recursos (5 terapeutas y 5 cubículos).

La respuesta de los pacientes fue favorable, ya que aún cuando no habían sido informados de que al llenar la solicitud se les realizaría una entrevista, preferían esperar el tiempo que fuera necesario con tal de ser atendidos.

Con respecto a la parte administrativa, se tuvo control de los pacientes entrevistados al registrar en el momento, datos indispensables como nombre, número de folio, terapeuta responsable y programa al que se canalizó, para posteriormente entregarlas en recepción y ser capturadas, disminuyendo así el tiempo de espera del paciente para ser atendido.

Se observó también que 30 minutos de entrevista, son suficientes para obtener la información necesaria a fin de elaborar una impresión diagnóstica y realizar la canalización adecuada.

En caso de que el paciente tuviera que ser canalizado de manera externa, aceptaba la alternativa de asistir a la institución que diera la atención requerida para su problemática; ya que la opción era viable de acuerdo a su problemática y a sus recursos económicos, además de que ello implicaba recibir atención temprana y oportuna y no tener que esperar meses para ello.

Del seguimiento se concluye la respuesta favorable de los pacientes a la canalización externa, ya que el 50% al momento del mismo habían contactado con la institución a la cual habían sido

enviados y el 71% de éstos ya había asistido a la primera cita o la tenían programada.

Por otro lado, se mostró que es importante realizar seguimientos de los pacientes atendidos, a fin de evaluar los procedimientos realizados y hacer las modificaciones necesarias para mejorar su efectividad. El seguimiento vía telefónica, mostró resultados favorables ya que fue posible contactar a cerca del 80% de la población.

Cuarta etapa: periodo del 19 de agosto al 19 de noviembre de 2004

(ver figura 24)

En una junta informativa con las autoridades y terapeutas del Centro de Servicios Psicológicos, se mostraron los resultados del piloteo anteriormente descrito, por lo que fue aprobado el Proyecto de Mejora del Proceso de Admisión y Canalización. Con ello se extiende una invitación a los terapeutas del Centro a integrarse al grupo diagnóstico para la realización de entrevistas de pre-consulta.

El 19 de agosto del 2004, se implementa el proyecto de mejora de la siguiente manera:

1. Se coloca en los accesos al Centro de Servicios Psicológicos, un aviso en el que se informa que las solicitudes para recibir el servicio serán entregadas de lunes a viernes en un horario de 8 a 10 am, con un límite de 20 solicitudes. El horario es modificado posteriormente de 8:30 a 9:30, por observarse mayor afluencia de pacientes en ese lapso de tiempo.
2. Las encargadas de la recepción proporcionan al paciente la solicitud siempre y cuando muestre una identificación oficial (en caso de menor de 12 años, el padre o tutor llena la ficha de admisión; estas solicitudes con atendidas por el programa especializado en intervención psicológica con niños, no por el

grupo diagnóstico) y le explican que al finalizar se les realizará una entrevista de 30min. En el caso que el paciente no contara con el tiempo para dicha entrevista, se le programaba para una fecha posterior.

3. Una vez que el paciente contesta la solicitud, las recepcionistas corroboran que haya requisitado todos los datos, le regresan su identificación, anotan el número de folio de la misma y la entregan a la responsable del grupo diagnóstico, quien a su vez firma de recibido.
4. La responsable registra el número de folio de la solicitud, la fecha en que la recibe, el nombre del paciente y del terapeuta que realiza la entrevista, así como el número telefónico del solicitante.
5. Asigna el caso a un terapeuta responsable a fin de realizar la entrevista de pre-consulta.
6. El terapeuta analiza la solicitud, elabora hipótesis y realiza la entrevista.
7. Durante la entrevista comienza el llenado del formato de pre-consulta.
8. Al finalizar la entrevista, el terapeuta obtiene una impresión diagnóstica, determina a qué programa o institución será canalizado y en caso de que ésta sea de manera externa elabora la ficha de canalización con los datos del mismo (ver anexo).
9. Sugiere al paciente el programa (dentro del Centro) o institución al cual podría ser canalizado, le entrega la ficha de canalización con los datos (canalización externa) o le pide que espere una llamada donde el terapeuta que llevará a cabo la intervención le indicará la fecha de inicio de su tratamiento. También le proporciona el número telefónico del Centro con el nombre del terapeuta que realizó la entrevista para cualquier duda o aclaración.

10. El terapeuta termina de llenar el formato de pre-consulta y el Informe de canalización interna-externa (ver anexo 33) y los entrega al responsable del grupo diagnóstico. Cabe aclarar que posteriormente, el Informe de canalización interna-externa ya no es requisitado, anotando la sugerencia de canalización en el formato de preconsulta, con la finalidad de reducir tiempo en el llenado de los mismos.
11. El responsable del grupo diagnóstico supervisa los formatos y registra el diagnóstico del paciente y el programa o institución a la cual fue canalizado.
12. Posteriormente, entrega a la Coordinadora del Centro los casos canalizados de manera interna, a fin de que los asigne a los diferentes programas dentro del mismo y archiva los canalizados de forma externa (éstos en una etapa siguiente son devueltos para actualizar la base de datos).

En el caso de pacientes que requirieran ser evaluados antes de que se les canalice, al finalizar la entrevista se les programa una cita para tal fin, a la cual le sigue una sesión de entrega de resultados y canalización.

Si algún paciente programado para entrevista no asiste, se le llama para programarle nueva cita y en caso de 3 negativas, se da de baja su solicitud.

En algunas ocasiones, durante la entrevista se identifica que el paciente requiere únicamente de una orientación y no de un tratamiento psicológico completo, por lo que se hace la intervención necesaria y se le da de alta.

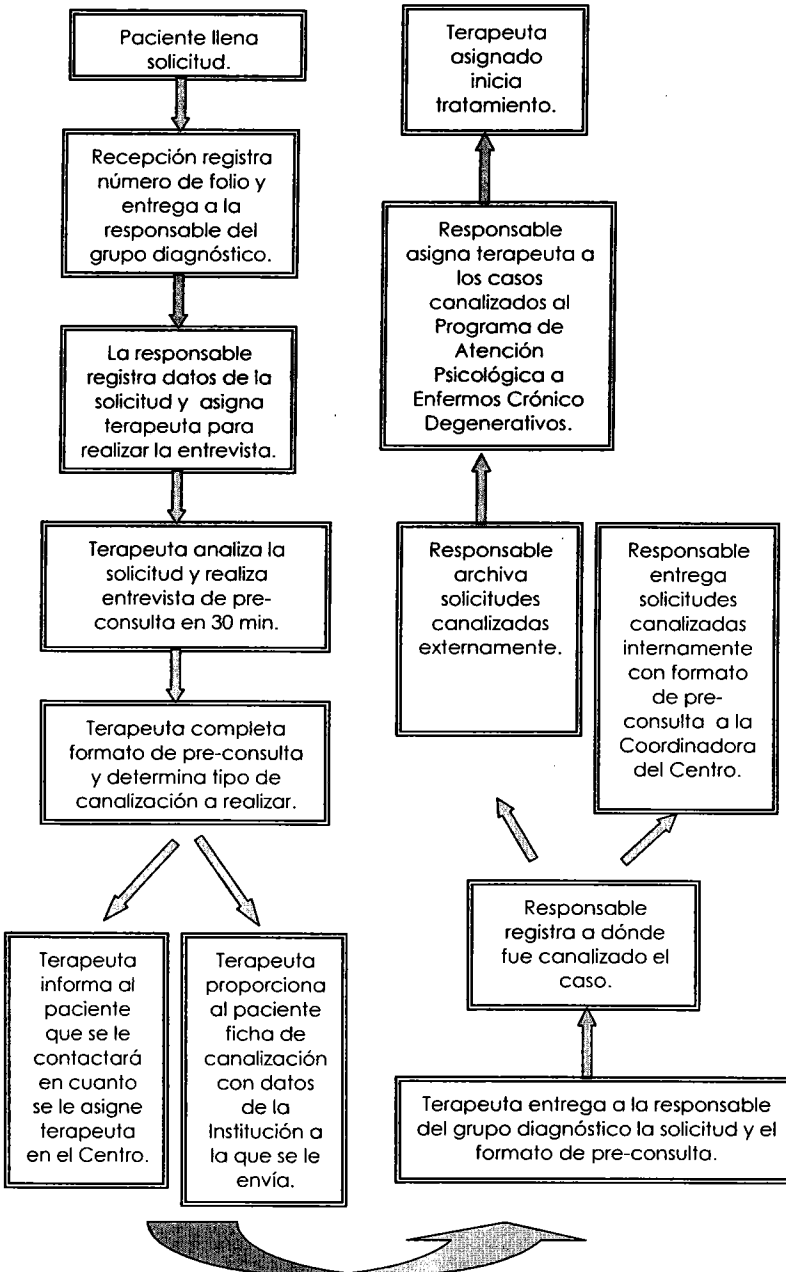


Figura 24. Proceso de Admisión y Canalización (cuarta etapa).

Resultados de la cuarta etapa

El número de solicitudes recibidas durante esta etapa fue de 507, con un promedio de 10 por día. Acudieron 332 mujeres y 175 hombres (ver figura 25).



Figura 25. Solicitudes atendidas de acuerdo al sexo (n=507).

Del total de solicitudes, 475 fueron canalizadas de manera interna y externa, 26 fueron bajas y 6 altas (ver figura 26). Las bajas fueron de personas que requisitaron su solicitud y se les programó para entrevista (en tres ocasiones) a la cual no asistieron.

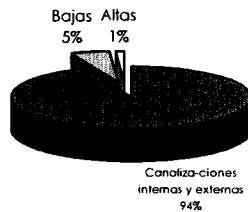


Figura 26. Canalizaciones, bajas y altas (n=507).

Del total de canalizaciones, 229 fueron realizadas de manera interna y 246 de manera externa (ver figura 27). De las canalizaciones

internas, 51 se asignaron al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos y 178 a los demás programas del Centro (ver figura 28).



Figura 27. Canalizaciones internas y externas (n=475).

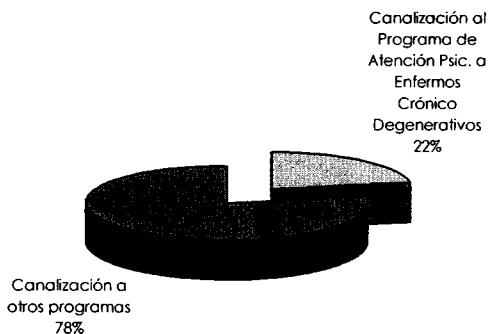


Figura 28. Canalizaciones internas (n=229).

Los diagnósticos de todas las solicitudes se agruparon por frecuencias, los más reportados fueron: ansiedad (58), solución de problemas (54), depresión (47), habilidades sociales (44), problemas de pareja (33) y enojo (32) (ver figura 29).

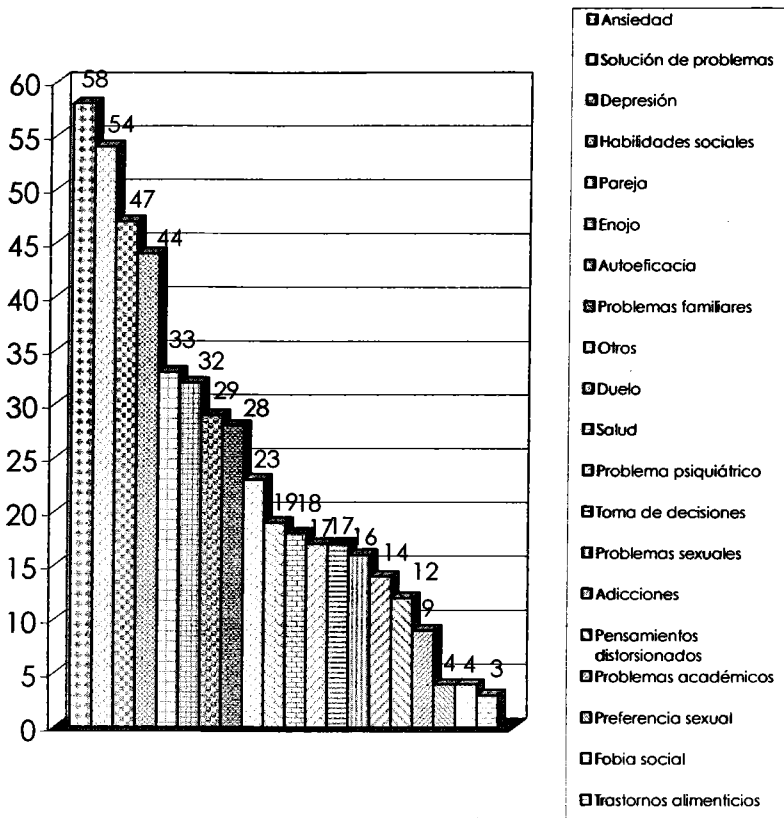


Figura 29. Diagnósticos de los pacientes entrevistados (n=481).

Discusión y conclusiones de la cuarta etapa

Es importante aclarar que el Proyecto de Mejora a la fecha en que la expositora finalizó su período de residencia, no había finalizado; se continuó con el análisis de todo el proceso y las medidas correctivas necesarias. Y aún cuando el seguimiento de esta etapa se encontraba en proceso, se puede concluir que se desarrollaron diversas áreas de oportunidad a fin de mejorar la eficiencia de la prestación del servicio psicológico.

En primer lugar, el contar con una convocatoria para la entrega de solicitudes y colocar avisos informativos de la misma, permitió a los

interesados conocer el procedimiento para tener acceso al servicio y evitar la incertidumbre de cuándo podían ser atendidos.

La modificación al horario de entrega (de 8-10:00hrs cambió a 8:30-9:30hrs.) contribuyó a disminuir la presencia de tiempos muertos, ya que de esta manera se concentra a toda la población en esa hora y las entrevistas se realizan de manera continua. Es así que el proceso terminaba en promedio a las 10:00hrs, por lo que no interfería en la realización de las demás tareas tanto del Centro como del PAPAECD. Además, la entrega diaria de solicitudes, da la flexibilidad al paciente de acudir de acuerdo a su disponibilidad de horario y evitar esperar un lapso considerable de tiempo para ser atendido.

El límite de 20 solicitudes se estableció con la finalidad de poder realizar las entrevistas correspondientes sin que el paciente esperara mucho tiempo para ello. Sólo en un par de ocasiones se rebasó este límite, no obstante, se les pudo atender en ese momento, o algunas de ellas fueron programadas para un día posterior.

Así mismo, el cambiar el formato de entrevista de pre-consulta, facilitó la organización de la información, redujo el tiempo de llenado de formatos, lo que se ve reflejado en menor tiempo de espera en los pacientes para ser atendidos. Además, permite la identificación de información importante, que independientemente del marco teórico del terapeuta, facilite una conceptualización general del caso.

Por otro lado, el entregar solicitudes de manera constante, da al paciente la posibilidad de recibir atención temprana y oportuna a su problemática, aún cuando su caso no pueda ser atendido en el Centro, ya que se les otorga una alternativa viable para recibir la atención necesaria, de acuerdo a sus posibilidades económicas, la cual generalmente fue aceptada.

Finalmente, el archivar y registrar todas las solicitudes ha permitido llevar un control, de manera que para cualquier aclaración se cuenta con toda la información necesaria y de forma accesible.

Queda como sugerencia que se elaboren los criterios de inclusión que cada programa perteneciente al Centro determina para dar tratamiento a un paciente, ya que éstos facilitarían la el proceso de canalización.

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN, SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

De la subsede

El Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, dentro del Centro de Servicios Psicológicos, cuenta con todos los recursos humanos y materiales necesarios para que el entrenamiento del residente cubra todos los objetivos estipulados en el Programa de Residencia en Medicina Conductual. Por un lado, aún cuando no es un ambiente hospitalario y que los pacientes acuden con un motivo de consulta diferente a los que abarca la Psicología de la Salud, se identifica que muchos de ellos ya fueron diagnosticados con alguna enfermedad crónico degenerativa o que presentan diversos factores de riesgo que de no ser modificados, muy probablemente los llevarán a desarrollarla. Lo anterior ofrece al estudiante la posibilidad de especializarse en intervenciones que abarquen los tres tipos de prevención.

El PAPAECD fue diseñado específicamente para que el residente reciba su entrenamiento y adquiera las habilidades necesarias para su labor terapéutica. Además, ha mostrado su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de la población, así como de los estudiantes con cada generación de la maestría. También ha intentado insertarse en otros escenarios que brindan servicios de salud, a fin de que el residente tenga experiencia en la intervención con otro tipo de problemática. Tal es el caso del convenio que se tiene establecido con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, a través del cual se puede intervenir con pacientes que padecen epilepsia, así como con sus familiares.

En cuanto a recursos físicos, ofrece ventajas como cubículos de atención individual que permiten el desarrollo de las sesiones clínicas de manera privada, sin distracciones y ofrecen un ambiente confortable al paciente. Así mismo, se cuenta con el apoyo de personas encargadas de la recepción, línea telefónica para realizar los seguimientos y con una herramienta de suma importancia, las cámaras de Gesell, a través de las cuales es posible adquirir habilidades clínicas al observar el desempeño de diferentes modelos (terapeutas) y a su vez ser supervisados por especialistas que ofrecen retroalimentación para moldear dichas competencias.

Por otro lado, el Centro al ofrecer servicios de tipo psicológico, permitió al estudiante en el nivel II de la residencia adquirir no sólo habilidades clínicas, sino también de 1) liderazgo al responsabilizarse de la coordinación de los terapeutas, 2) de logística para la implementación de nuevos proyectos, 3) de administración de recursos humanos y materiales y 4) para la toma de decisiones. Estas competencias son de importancia relevante para que todo profesionalista se desempeñe de manera óptima en cualquier escenario laboral.

Debido a lo anterior se considera que es una subsección rica en recursos para que el estudiante adquiriera una formación integral, por lo que se sugiere que en las rotaciones, ya sea al año o cada seis meses, se incluya este programa para que todos los residentes de la maestría tengan la oportunidad de beneficiarse con lo que ofrece.

De los programas específicos desarrollados en la subsección

Una de las principales competencias adquiridas en la maestría consistió en realizar diagnósticos a fin de elaborar programas de intervención acordes a las necesidades de cada uno de los pacientes, con la posibilidad de ser aplicados a otros más con unas simples

modificaciones. Las características de la sede permitieron que se aprendiera a elaborar no sólo tratamientos enfocados en enfermedades crónico degenerativas, sino también a otras problemáticas de índole psicológico.

El programa de intervención para disminución de peso en una paciente con obesidad que se presenta en este informe, cobra relevancia debido a que es una problemática que está incrementando en frecuencia e intensidad, la cual repercute a su vez en la presencia de otros padecimientos crónico degenerativos. Además, en este se pueden identificar cómo se adquirieron las competencias estipuladas en el Programa de Residencia.

Por otro lado, es una gran contribución ya que este programa puede ser utilizado con otros pacientes que presenten la misma problemática, con los ajustes necesarios para adaptarlo a sus necesidades. Finalmente, se demuestra que la Medicina Conductual se puede ejercitar en centros de servicios psicológicos, con lo cual se brinda a las personas que no acuden a los escenarios hospitalarios la oportunidad de recibir atención para cuidar su salud.

Del sistema de supervisión

Del supervisor in situ

La supervisora in situ es la persona ideal para ejercer dicho papel, ya que cuenta con conocimientos especializados en el área de Medicina Conductual, así como con la experiencia clínica necesaria para elaborar e implementar programas de tratamiento en pacientes con enfermedades crónico degenerativos o con otro tipo de problemáticas. Por otro lado, también tiene un amplio repertorio de habilidades

académicas y de supervisión para contribuir a que los estudiantes adquirieran las habilidades estipuladas en el programa de maestría.

En todo momento estuvo disponible para brindar supervisión, aclarar dudas con respecto al desempeño de las actividades, así como sugerir referencias bibliográficas relevantes. Se dio a la tarea de moldear las competencias de acuerdo a las características de personalidad de cada residente. Su nivel de empuje y creatividad la llevó en todo momento a crear actividades e implementar programas que favorecieran la adquisición de habilidades. El contar con sesiones de supervisión clínica individual o grupal, además de tener la oportunidad de observar sus intervenciones psicológicas y fungir como co-terapeuta, fue una excelente opción para desarrollar competencias. No solo brindó a la expositora apoyo académico, sino también personal cuando fue necesario, con la finalidad de que el rendimiento no disminuyera. Así mismo buscó la convivencia y fomentó el trabajo en grupo dentro del PAPAECD.

Del supervisor académico

El supervisor académico fungió un papel primordial en la adquisición de habilidades de la expositora, ya que mostró en todo momento disposición para guiar su entrenamiento. Con su trato y sugerencias motivó a la estudiante a buscar la superación y le mejora en su desempeño clínico a pesar de las adversidades. Mostró iniciativa y creatividad para asignar actividades académicas adicionales, como búsquedas bibliográficas, a fin de que se contara con más herramientas para la clínica; además siempre se sugirieron referencias bibliográficas actualizadas y acordes a las necesidades. También fomentó el trabajo en equipo al programar sesiones de forma conjunta con residentes de otros escenarios, con la finalidad de enriquecerse de las experiencias adquiridas en otros campos.

Algo que necesita ser enfatizado es que la supervisión se centró en todo momento en el tipo de problemáticas que se abordan en el PAPAECD. Por otro lado, a pesar de lo demandante que en determinadas circunstancias pudieran ser sus propias actividades, nunca hubo una negativa de apoyo y éste se recibió de manera inmediata, mostrando flexibilidad en sus horarios, con un seguimiento constante mediante el medio que lo permitiera (electrónico o telefónico). Finalmente, buscó un entrenamiento especializado al establecer contacto con otros expertos que pudieran contribuir en el desarrollo de programas de intervención como fue en el caso del tema de obesidad.

De las actividades profesionales realizadas

Las actividades académicas que se realizaron a lo largo de los dos años y medio que dura la maestría, incluyeron en todo momento temas relevantes, actualizados y pertinentes al área de Medicina Conductual. Gracias a éstas se adquirieron los conocimientos necesarios para planear y desarrollar programas de intervención tomando en cuenta las necesidades de los pacientes, así como la enfermedad crónica degenerativa que presentaban.

En lo que respecta al primer semestre cuando las tareas fueron principalmente académicas, la cantidad de información que era necesario adquirir antes de iniciar la práctica profesional en las diferentes sedes, limitó la extensión de los cursos y talleres, los cuales al ser relevantes y necesarios para la adquisición de competencias, hubiera sido importante que abarcaran mayor cantidad de horas. Por otro lado, aunque en la mayoría de ellos se intentó mantener un balance entre la parte teórica y práctica, el no contar con más tiempo limitó su aplicación en casos prácticos.

En lo que respecta a los dos años de la residencia propiamente dichos, en el PAPAECD siempre se buscó planear detalladamente las actividades a realizar por el estudiante de la maestría, con la finalidad de moldear en él las competencias estipuladas en el Programa de Residencia. Gracias a esto, el escenario permitió adquirir habilidades de evaluación, diagnóstico, entrevista, intervención en crisis, intervención, entre muchas otras, y aunque no fue un ambiente hospitalario propiamente dicho, el contacto se mantuvo con el personal médico a través del paciente. Además, el entrenamiento al incluir sesiones clínicas y de supervisión, favoreció el aprender de la experiencia de otros terapeutas a fin de mejorar los programas de tratamiento.

Por otro lado, el Modelo de Supervisión de Cascada permitió en todo momento estar bajo la supervisión de un terapeuta con mayor experiencia, lo cual también repercutió en un mejor desempeño clínico.

Es importante resaltar la relevancia de las actividades desarrolladas específicamente en el segundo año de residencia, como Jefa de residentes o Coordinadora del Servicio, ya que a través de ellas se obtuvo una formación integral, necesaria para el desempeño óptimo en cualquier escenario laboral.

De las competencias profesionales alcanzadas

Las características de la sede permitieron que la expositora adquiriera habilidades de intervención clínica no sólo en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, sino también con problemáticas de diversa índole, lo cual conlleva a una formación integral. Además, el tener acceso a población sin algún diagnóstico médico, pero generalmente con estilos de vida de riesgo, brindó la oportunidad de elaborar programas de intervención, no sólo a nivel de prevención

secundaria y terciaria, sino también primaria, campos que todo profesional de la salud debe abarcar.

Como se mencionó con anterioridad, tanto las actividades académicas como prácticas, en todo momento permitieron la adquisición de habilidades como:

- Detección de factores de riesgo.
- Aplicación de principios, técnicas y procedimientos para modificar estilos de vida.
- Evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Elaboración de programas de intervención con base en un diagnóstico.
- Manejo de estrategias de enfrentamiento.
- Para favorecer la adherencia terapéutica.
- Para fomentar la adquisición de habilidades en los pacientes.
- Manejo de emociones.
- Educación para la salud.
- Trabajo con familiares.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención.
- Investigación, entre muchas otras con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, el formar parte de un escenario laboral, también permitió la adquisición de otro tipo de habilidades, las cuales son necesarias para el óptimo desempeño como profesional; además, el tener como responsabilidad de coordinar el servicio también contribuyó a egresar con un entrenamiento integral. Dichas habilidades incluyen:

- Trabajo en equipo.
- Solución de problemas.
- Toma de decisiones.

- Liderazgo.
- Dirección y administración.
- Integrarse a una estructura jerárquica.
- Tolerancia a la presión y a la frustración.
- Para guiar el entrenamiento de otros residentes, por mencionar sólo algunas.

Es importante mencionar que de manera importante también se guió a la expositora para que aprendiera a defender su labor como psicóloga, así como a mostrar a otros profesionistas de la salud, la relevancia que tiene esta ciencia en dicho campo y la cantidad de aportaciones que puede ofrecer. Así mismo, para mostrar una actitud de compromiso y respeto con los pacientes y un comportamiento ético en toda circunstancia.

Finalmente, no se podría dejar de mencionar que la maestría también brinda un aprendizaje muy enriquecedor a nivel personal, lo cual repercute en el propio cuidado de la salud, así como de las personas próximas.

REFERENCIAS

- Braguinsky, J. (1996) *Obesidad*. Argentina: El Ateneo.
- Byrne, S. (2002) Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. 53 (5), 1029-1036.
- Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health psychology*. California: BrooksCole Publishing Company.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Clínica Mayo sobre peso saludable (2001). México: Trillas.
- Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (2005). *Obesidad*. Recuperado del 2 de marzo de 2005, de <http://www.eufic.org/sp/quickfacts/obesidad.htm>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2003). México: Porrúa.
- Cooper, Z. † Fairburn, C. (2001) A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*. 39 (5), 499-511.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving Therapy. A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. Nueva York, Springer.
- Encarta, Biblioteca de Consulta (2002). Microsoft Corporation.
- Fairburn, C. (1995) *Overcoming Binge Eating*. New York: The Guilford Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993) *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- García-Camba, E. (2002) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- García, M. (1990). *Alimentación Humana*. Madrid: Mundi-Prensa.

- García, R. (2003) Informe de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Gold, D. (1976) Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician*, 13, 87-91
- Hess, A. (1980). *Psychotherapy Supervisión*. New York: Wiley and Sons.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2005). Reporte de la Encuesta Nacional de Nutrición II y de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Recuperado del 2 de marzo de 2005, de <http://www.insp.mx/cinys>.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. (1978) *Cultura, illness and care*. *Ann Intern Med*, 88, 251-258.
- Labrador, F., Cruzado, J., & Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Ley General de Salud (2005). *Niveles de Atención Médica*. Recuperado del 22 de septiembre de 2005, de <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/pdf/142.pdf> (22/09/05).
- Lorentzen, G. (1986) Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, durante el primer año de servicio (periodo comprendido del 1º de agosto de 1981 al 1º de agosto de 1982). Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Mahoney, M. y Mahoney, K. (1999) *Control permanente de peso*. México: Trillas.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

- Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, A. y Miller N. (1984). Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1999). La entrevista Motivacional. México: Paidós.
- Programa de Residencia en Medicina Conductual (2001). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Putterman, E. y Linden, W. (2004). Appearance Versus Health: Does the Reason for Dieting Affect Dieting Behavior? Journal of Behavioral Medicine. 7(2), 185-204.
- Rimm, D. y Masters, J. (1981) Terapia de la Conducta. México: Trillas.
- Rodríguez, G. (2000). Relación médico-paciente. Interacción y comunicación. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.
- Secretaría de Salud (2003). Causas de Mortalidad. Recuperado del 22 de septiembre de 2005, de <http://www.ssa.gob.mx>.
- Serdula, M., Kettel, L. y Dietz, W. (2003). Weight Loss Counseling Revisited. JAMA, 289 (14), 1747-1750.
- Sociedad Médica Mexicana de Medicina Estética, Nutrición y Longevidad, A.C. (2005) Epidemiología. Recuperado del 2 de marzo de 2005, de <http://www.sommmenlac.org/epidemiologia.html>.
- The Nacional Women's Health Information Center (2005). Obesidad. Recuperado del 29 de septiembre de 2005, de <http://www.4woman.gov>.
- Watkins, C. (1997). Handbook of Psychotherapy Supervisión. New York: John Wiley and Sons Inc.
- White, C. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems. England: John Wiley & Sons.
- Wylie-Rosett, J., Swencionis, C., Caba, A., Friedler, A. y Schaffer, N. (1997) The Complete Weight Loss Workbook. USA: American Diabetes Association.

A N E X O S

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista de Exploración

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

HISTORIA DEL PROBLEMA.

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS: _____

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO?: _____

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM**

PRE-CONSULTA (PC)

PACIENTE DE PRIMERA VEZ
PACIENTE DE REINGRESO

FOLIO: _____

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** F M **EDO CIVIL:** _____ **TELÉFONO:** _____

FAMILIOGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: _____

HORARIO DE ACTIVIDADES.

Nombre: _____

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00 a.m.							
8:00-9:00 a.m.							
9:00-10:00 a.m.							
10:00-11:00 a.m.							
11:00-12:00 a.m.							
12:00-1:00 p.m.							
1:00-2:00 p.m.							
2:00-3:00 p.m.							
3:00-4:00 p.m.							
4:00-5:00 p.m.							
5:00-6:00 p.m.							
6:00-7:00 p.m.							
7:00-8:00 p.m.							
8:00-9:00 p.m.							
9:00-10:00 p.m.							
10:00-11:00 p.m.							

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				

Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

INVENTARIO DE BECK (BDI)

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

0 Yo no me siento que esté siendo castigado
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado

0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
1 Estoy desilusionado de mí mismo
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede

0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado todo el tiempo
3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

0 Yo no he perdido el interés en la gente
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 He perdido en gran medida el interés en la gente
3 He perdido todo el interés en la gente

0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1 Pospongo tomar decisiones más que antes
2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Yo no siento que me vea peor de como me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1 He perdido más de dos kilogramos
 - 2 He perdido más de cinco kilogramos
 - 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- SI _____ NO _____

0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación

2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

3 He perdido completamente el interés por el sexo

CASI NUNCA
O NUNCA

EN OCAISIONES

SIEMPRE O
CASI SIEMPRE

4. EXPRESAR UN CUMPLIDO.

- a. Le digo a mi maestro que me gustó su conferencia.
- b. Hago un esfuerzo para felicitar a mis amigos por algo que hayan hecho.
- c. Elogio a mis hijos cuando me traen buenas calificaciones.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. PEDIR AYUDA.

- a. Me siento a gusto pidiéndole a mi cónyuge que me ayude en alguna tarea difícil.
- b. Me siento bien cuando le pido a mi amigo que me ayude a resolver un problema personal.
- c. Les pido ayuda a mis compañeros de trabajo.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. DAR INSTRUCCIONES.

- a. Les digo a mis amigos que traer a una fiesta que ofrezco.
- b. Le doy instrucciones a mi cónyuge sobre que comprar en la tienda.
- c. Le doy instrucciones al reparador en mi casa o en la oficina.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. EXPRESAR AFECTO.

- a. Me siento a gusto haciéndoles saber a mis amigos cuanto me interesan.
- b. Con tranquilidad le digo a mi cónyuge cuanto lo (a) amo.
- c. Les expreso mi afecto a los miembros de mi familia (padres, hijos, hermanos, hermanas).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. EXPRESAR UNA QUEJA.

- a. Les expreso fácilmente a mis amigos la queja de que tienen el hábito de llegar tarde a las citas.
- b. Cuando el jefe me da demasiado trabajo, le expreso mi queja.
- c. Le expreso mi queja a una camarera por una comida que no está bien preparada.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9. PERSUADIR A OTROS.

- a. Persuado a mi cónyuge a que vea el programa de televisión que estaba esperando.
- b. Persuado a mi amigo a que vaya conmigo a una fiesta.
- c. En la clase o en el trabajo persuado a mi compañero a que apoye mi punto de vista en un asunto que nos afecta a ambos.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CASI NUNCA
 O NUNCA
 EN OCASIONES
 SIEMPRE O
 CASI SIEMPRE

10. EXPRESAR ENOJO.

- a. Le expreso mis sentimientos de enojo a mi cónyuge por aceptar la invitación a una fiesta sabiéndose que yo deseaba quedarme en casa.
- b. Les expreso mis sentimientos de enojo a mis amigos por no haberme comunicado que habían cambiado de planes.
- c. Les expreso mis sentimientos de enojo a un compañero de trabajo por dejarme la parte más ardua de alguna tarea.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. RESPONDER A UN CUMPLIDO.

- a. Acepto el cumplido que me hace un amigo por mi manera de vestir sin sentirme incomodo.
- b. Acepto el cumplido que me hace mi cónyuge por haber hecho algo considerado.
- c. Me siento muy bien cuando, en una junta, me elogian por haber hecho un buen trabajo.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

12. RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMÁS.

- a. Comprendo como se siente mi cónyuge cuando llega a casa después de haber tenido un día muy difícil.
- b. Puedo saber que les sucede o cómo se están sintiendo mis amigos cuando me llaman "simplemente para platicar".
- c. Puedo decir que están sintiendo mis compañeros de trabajo aunque no digan ni una palabra.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

13. SEGUIR INSTRUCCIONES.

- a. Cuando mi cónyuge me pide ir de compras, compro lo que me encargo.
- b. Sigo las instrucciones cuidadosamente cuando mi compañero de trabajo me explica como hacer una nueva tarea.
- c. Sigo las instrucciones que me han dado para llegar a algún lugar donde nunca antes he estado.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14. RESPONDER A LA PERSUASIÓN.

- a. Cuando algún compañero de trabajo trata de persuadirme a que contribuya para un regalo para alguien a quien no conozco bien, me resisto a la persuasión.
- b. Cuando un vendedor trata de persuadirme a que le compre algo, primero decido si realmente necesito o deseo lo que me vende.

_____	_____	_____
_____	_____	_____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

INSTRUCCIONES

Este cuestionario esta dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. Por favor, fijese que cada parte tiene *diferentes* instrucciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en el inventario. No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder a cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque entonces la correcta.

Ejemplos:

1. (1) (2) (3) (4)

2. (1) (2) (3) (4)

Parte 1. Instrucciones:

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique **como se siente usted exactamente ahora**. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **exactamente ahora**.

Marque: 1 para DEFINITIVAMENTE NO; 2 para ALGO; 3 para MODERADAMENTE Y 4 para MUCHO.

COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

1. Estoy furioso (a).
2. Me siento irritado (a).
3. Me siento enojado (a).
4. Me dan ganas de gritarle a alguien.
5. Me dan ganas de romper cosas.
6. Estoy muy enojado (a).
7. Me dan ganas de golpear la mesa.
8. Me dan ganas de golpear a alguien.
9. Me dan ganas de decir groserías.
10. Estoy agobiado (a).

Parte 2. Instrucciones:

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique **como se siente usted generalmente**. Recuerde que no hay respuestas correctas o

incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **generalmente**.

Marque: 1 para CASI NUNCA; 2 para ALGUNAS VECES 3; para FRECUENTEMENTE Y 4 para CASI SIEMPRE.

COMO ME SIENTO GENERALMENTE

11. Soy muy temperamental.
12. Tengo un temperamento explosivo.
13. Soy muy enojón (a).
14. Me enojo cuando los errores de los demás me retrasan.
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo.
16. Pierdo los estribos.
17. Me enfurezco cuando me critican frente a otros.
18. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen.
19. Soy muy irritable.
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien.

Parte 3. Instrucciones:

Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten **enojadas o furiosas** se dan abajo. Lea cada afirmación cuidadosamente y entonces marque con una equis (x) el número que indique cuán frecuentemente usted **por lo general** reacciona o se comporta de la manera descrita cuando se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Marque: 1 para CASI NUNCA; 2 para ALGUNAS VECES 3; para FRECUENTEMENTE Y 4 para CASI SIEMPRE.

CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO...

21. Controlo mi carácter.
22. No expreso lo que siento.
23. Soy paciente con los demás.
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás.
25. Me mantengo calmado (a).
25. Controlo mi manera de actuar.
27. Discuto con los demás.
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.
29. Me puedo controlar cuando me estoy enojando.
30. Estoy mas enojado (a) de lo que estoy dispuesto a admitir.
31. Me calmo más rápidamente que las demás personas.
32. Digo cosas desagradables.
33. Trato de ser tolerante y comprensivo (a).
34. Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta.
35. Me controlo cuando me siento enojado (a).

Inventario de resolución de conflictos.

A continuación hay una lista de 35 afirmaciones. Lee cada frase y después indica en el paréntesis () que sigue al número de la frase la proporción en la que estas de acuerdo o en desacuerdo con esa frase, utilizando las siguientes alternativas:

- 1.= Completamente de acuerdo.
- 2.= Moderadamente de acuerdo.
- 3.= Levemente de acuerdo.
- 5.= Moderadamente en desacuerdo.
- 6.= Completamente en desacuerdo.

- 1. () Cuando la solución de un problema ha sido insatisfactoria no examino porque no funcionó.
- 2. () Cuando me enfrento a un problema complejo no me molesto en elaborar una estrategia para recoger información de modo que pueda definir con exactitud en que consiste el problema.
- 3. () Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fracasan, dudo de la capacidad para manejar la situación.
- 4. () Después de resolver un conflicto, no analizo qué funcionó correctamente y qué no funcionó.
- 5. () Generalmente soy capaz de sugerir alternativas creativas y efectivas para resolver un conflicto.
- 6. () Después de haber intentado resolver un problema con un cierto curso de acción reflexiono y comparo los resultados obtenidos con lo que yo pensaba que podría suceder.
- 7. () Cuando tengo un problema, pienso en tantas formas de solucionarlo como puedo hasta que no me surgen más ideas.
- 8. () Al enfrentarme a un problema, examino consistentemente mis sentimientos para encontrar que es lo que sucede en la situación problemática.
- 9. () Cuando estoy confundido con un problema no intento describir las ideas o sentimientos ambiguos en términos más concretos o específicos.
- 10 () Tengo la capacidad para resolver la mayoría de los problemas, aunque inicialmente no exista solución aparente.
- 11 () Muchos de los problemas que encuentro son demasiado complejos para que yo los pueda resolver.
- 12 () Tomo decisiones y después me alegro de hacerlo.
- 13 () Al enfrentarme a un problema, tiendo a poner en práctica la primera idea que se me ocurre para resolverlo.
- 14 () Algunas veces no me paro a reflexionar cómo solucionar mis problemas, simplemente sigo adelante.
- 15 () Cuando decido sobre una idea o solución posible para un problema no me paro a pensar las posibilidades de éxito de cada alternativa.
- 16 () Cuando me enfrento a un problema, hablo sobre ello antes de decidir el siguiente paso.
- 17 () Generalmente pongo en práctica la primera idea buena que viene a mi mente.

- 18 () Al tomar una decisión valoro las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.
- 19 () Cuando hago planes para resolver un conflicto, casi estoy seguro de que sabré hacerlo funcionar.
- 20 () Trato de predecir los resultados generales al poner en práctica un determinado curso de acción.
- 21 () Cuando intento pensar en las posibles soluciones de un problema, no me surgen muchas alternativas.
- 22 () Al tratar de solucionar un problema, una estrategia que utilizo con frecuencia consiste en pensar en problemas pasados que han sido similares.
- 23 () Con el tiempo y esfuerzo suficientes, creo que puedo resolver la mayoría de los conflictos a los que me enfrento.
- 24 () Ante una situación nueva, tengo la confianza de poder manejar los problemas que surjan.
- 25 () Aunque esté trabajando sobre un problema, a veces siento que ando a tientas o deambulando y que no llego a la cuestión real.
- 26 () Hago juicios inmediatos y posteriormente los rechazo.
- 27 () Confío en mi capacidad para resolver problemas nuevos y difíciles.
- 28 () Dispongo de un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.
- 29 () Cuando intento pensar en las formas de resolver un problema, no intento combinar las diferentes ideas.
- 30 () Cuando me enfrento a un conflicto, normalmente no examino qué aspecto del medio externo pueden contribuir a mi conflicto.
- 31 () Ante un problema, una de las primeras cosas que hago es examinar la situación y tomar en consideración todas las informaciones relevantes.
- 32 () A veces me afectan tanto emocionalmente que soy incapaz de considerar muchas formas de sobrellevar mis problemas.
- 33 () Tras adoptar una decisión, el resultado que obtengo es similar al que esperaba.
- 34 () Ante un problema me siento inseguro de poder manejar la situación.
- 35 () Cuando me percato de un conflicto, una de las primeras cosas que hago es intentar descubrir en que consiste el conflicto exactamente.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

HORA: _____

PAGO: _____

Modalidad De Tratamiento

INSTRUMENTO	CALIFICACION	INTERPRETACION	TECNICA

MODALIDAD DE TRATAMIENTO: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo: _____

1. Conducta objetivo. Definida ¿cómo?

- a) Excesos cognitivo-conductuales _____

- b) Déficits cognitivo-conductuales _____

- c) Recursos y destrezas cognitivo-conductuales _____

2. Métodos de recolección de información (entrevistas, cuestionarios, escalas, registros, etc.)

- a) Manifestaciones abiertas de la conducta del paciente _____

- b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta _____

- c) Conductas que el paciente monitorará y registrará _____

- d) Indicadores fisiológicos _____

- e) Conductas que el personal médico monitorará y registrará _____

- f) Conductas que la familia del paciente monitorará y registrará _____

- g) Conductas que otros pacientes monitorarán y registrarán _____

h) Cambios duraderos en el medio ambiente _____

3. Análisis funcional de la conducta

a) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta _____

b) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta _____

c) Ganancias secundarias por emitir la conducta _____

4. Motivación para el cambio

a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?
para el paciente _____

para la familia _____

para el personal médico _____

b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
le agrada al paciente _____

le desagrada al paciente _____

le es indiferente al paciente _____

5. Otras personas significativas para el paciente _____

6. Factores que mantienen el problema _____

7. Modalidad de tratamiento _____

8. Programa de intervención

a) Objetivo general de tratamiento _____

b) Objetivos específicos y actividades por área

- Área familiar

Actividades _____

- Área laboral:

Actividades _____

- Área social

Actividades _____

- Área sexual

Actividades _____

• **Área Académica**

Actividades _____

• **Área institucional**

Actividades _____

9. Evaluación del Programa de Intervención

a) **Monitoreo del programa de tratamiento** _____

b) **Programación del mantenimiento del cambio de conducta** _____

c) **Resultados obtenidos** _____

d) **Satisfacción al tratamiento** _____

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del co-terapeuta

Nombre y firma del supervisor

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Hoja Frontal

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Col. _____ Dcl. _____

C.P. _____

Tel. domicilio: _____ Tcl. trabajo: _____ Recados: _____

Responsable: _____ Teléfono: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Ubicación: _____

Fecha de ingreso a Psicología: _____ Fecha de alta en Psicología _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Resultados obtenidos: _____

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN**

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

1

ME SIENTO MEJOR CUANDO
COMO SALUDABLE



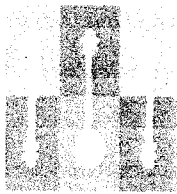
2

ME SIENTO MEJOR CUANDO
HAGO EJERCICIO



3

Comer
despacio
y disfrutar los
alimentos
ayuda a
sentirse
satisfecha (o).



Centro de Servicios Psicológicos
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Reporte de Alta.

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
No. SESIONES: _____
CUOTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: _____

MODALIDAD DEL TRATAMIENTO: _____

LOGRO DE OBJETIVOS.

1) CONDUCTA PROBLEMA: _____

2) MÉDICO: _____

3) FAMILIAR: _____

4) LABORAL: _____

5) SOCIAL: _____

6) ACADÉMICA: _____

7) SEXUAL: _____

OBSERVACIONES Y / O SUGERENCIAS TERAPÉUTICAS

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____
CO - TERAPEUTA: _____
SUPERVISOR: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Reporte de Baja

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Motivo de consulta: _____

Objetivo de Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Motivo de Baja: _____

Fechas de Rescates:

1) _____ 2) _____ 3) _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Baja Voluntaria

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de Baja: _____

Fechas de Rescates:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Firmo de conformidad mi baja y acepto las repercusiones correspondientes:

Firma

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista de Orientación

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

OBJETIVO DE INTERVENCIÓN:

PROCEDIMIENTO:

RESULTADOS:

TERAPEUTA RESPONSABLE

PACIENTE

Simulación

S

¿Cuál es la mejor opción?----- I EN SAYO

¿Qué se necesita para hacerlo?-----

A hora... ¡¡vamos a ensayarlo!!

¿Funcionó adecuadamente?

II LLEVARLO A CABO

Si no ¿por qué no funcionó?----- SI NO

¿Qué necesito para mejorar?-----

Y AHORA... ¡MEJORARLO!



Cuando haya funcionado...

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

Has llevado a cabo correctamente el SOCS...

¡¡¡Puedes seguir utilizándolo en otras situaciones!!!



S O L U C I Ó N D E P R O B L E M A S

S O C S

Situación problema

I IDENTIFICAR SITUACIÓN PROBLEMA

S

- ¿Cuál es la situación que me molesta? _____
¿Quiénes están involucrados? _____
¿Dónde ocurre? _____
¿Cuándo ocurre? _____
¿Cómo ocurre? _____
¿Con qué frecuencia ocurre? _____

II DEFINIR EL PROBLEMA ENTONCES EL PROBLEMA ES:

Opciones de solución

¡Todas las que se nos ocurran! No importa si parecen tontas, sabias, etc...
Lo importante es tener mucho de dónde escoger!!!

O

- ⊙ a _____
⊙ b _____
⊙ c _____
⊙ d _____
⊙ e _____

Consecuencias... Positivas (+) y Negativas (-)

Ahora, de cada opción hay que pensar qué sería lo positivo o lo negativo...

C

- Opción a (+) _____
(-) _____
Opción b (+) _____
(-) _____
Opción c (+) _____
(-) _____
Opción d (+) _____
(-) _____
Opción e (+) _____
(-) _____

Facultad de
Psicología
U.N.A.M.

EL ESTRÉS EN LAS MUJERES

20 de Agosto del 2004

CONTENIDO:

Estrés en el Hogar	1
Estrés en la Pareja	2
Estrés Laboral	3
Climaterio	4

El Estrés en el Hogar

INTRODUCCION

En la actualidad las mujeres deben afrontar el reto de ser la trabajadora perfecta, la esposa perfecta, la amante perfecta, la madre perfecta, lo que provoca expectativas difíciles de cumplir, enfrentando diversas presiones para balancear su vida, como es la atención a la familia, la actividad laboral, los problemas sociales, el desempleo y en ocasiones la violencia intrafamiliar. Todo lo anterior provoca que el estrés entre las mujeres alcance niveles alarmantes.

Ventajas y Desventajas de Trabajar en el Hogar

Ventajas:

- ✓ Estado de ánimo menos irritable
- ✓ Más tiempo para dedicárselo a los hijos y a la pareja.
- ✓ Posibilidad de ama-

- ✓ Seguimiento cercano de la educación de los hijos

Desventajas:

- * Poca satisfacción en la relación de pareja y labores domésticas
- * Falta de solvencia económica
- * Dificultad para hacer valer sus derechos
- Menos contactos sociales fuera del ámbito familiar.
- * Más probabilidad de sufrir enfermedades psicósomáticas y psicológicas

Fuentes de Estrés en el Hogar

- ☹ Reparto desigual de las tareas domésticas
- ☹ Excesivo trabajo sin un horario establecido
- ☹ Falta de solvencia económica
- ☹ Carencia en el apoyo emocional por parte de la familia.

- ☹ Poca satisfacción en la realización de las tareas domésticas.

- ☹ Conductas perfeccionistas y rígidas, que generan en el ama de casa que quieran que las cosas se hagan de una determinada manera

- ☹ Problemas de comunicación con la pareja y/o hijos

Consejos para Manejar el Estrés en el Hogar

- ⇨ Repartir las tareas del hogar entre los miembros de la familia.
- ⇨ Programar el tiempo libre y las actividades de recreación con la familia
- ⇨ Compartir momentos a solas con tu pareja.
- ⇨ Dedicarse un tiempo para sí misma desconectándose del trabajo del hogar.

¿Cómo se pueden solucionar los problemas en el hogar?

1.- Orientación hacia el problema.

Reconocer que los problemas existentes están ahí y que deben de enfrentarse de un modo efectivo, sin que causen mayores preocupaciones

2.- Definición y formulación del problema.

Definir claramente el problema (s), identificando y reconociendo correctamente cuando ocurren.

3.- Generación de Alternativas. Proponer todas las opciones de solución al problema aunque parezcan absurdas.

4.- Toma de Decisiones

Evaluar las consecuencias a corto y largo plazo de cada una de las alternativas, eligiendo aquella que tenga los mayores beneficios.

5.- Puesta en Práctica de la Solución y Verificación

Poner en práctica la mejor solución para el problema y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada

Estrés en la pareja.

LA PAREJA

La base actual de casi todas las parejas es el enamoramiento que es una emoción compuesta de pasión, afecto, ternura, sexo, sin embargo es importante reconocer que el enamoramiento es una emoción pasajera debido a que podemos acostumbrarnos a ella, y por esto algunas parejas corren el riesgo de disolverse.

Cuando tenemos una pareja decidimos compartir más cosas con el otro y vamos comprometiéndonos ante la sociedad, se guarda fidelidad, se comparte el tiempo, se entrega el cuerpo, se comparten bienes materiales. Se construye así el compromiso que es la decisión de per-

¿POR QUÉ NO LOGRAMOS RESOLVER LOS PROBLEMAS?

Cuando hay problemas se realizan conductas que se hacen crónicas y en vez de resolver los problemas los agravan. Algunos de ellos son:

- El más problemático es cuando a una comunicación negativa se responde con otra comunicación negativa por parte del otro, pudiendo tornarse violento: ojo por ojo
- Uno de los métodos que se utilizan para resolver los problemas de co-

-La atribución del problema a determinadas causas se ve como un elemento necesario para su solución, pero si no se hacen las atribuciones correctas se asegura el conflicto (echar la culpa a otros).

- Puede haber problemas si aparece una diferencia entre lo que creen los esposos que debería ser el matrimonio y lo que perciben que es, tanto en cualidad como en cantidad.

manecer en la relación pese a los problemas que vayan surgiendo, luchando con todas las fuerzas posibles para resolverlos. Para tener intimidad, para tomar decisiones, para resolver los problemas y para convivir es preciso saber comunicarse, escucharse y respetarse. Esto es fundamental para la continuidad de la pareja.

¿CÓMO SE DESENCADENAN LOS PROBLEMAS?

-Los problemas pueden aparecer cuando se dan circunstancias importantes de cambio como:

-Cambios laborales como: paro, ascensos, jubilación, etc.

municación consiste en reflexionar sobre la forma en que se está dando la comunicación. Por ejemplo, se dice "no me estás escuchando" para intentar que haya una escucha, pero el mensaje no verbal agresivo va acompañado por un componente no verbal agresivo, y el que responde lo hace al componente agresivo, lo que lleva a más discusiones, metiéndose en un círculo vicioso.

- Otro patrón se da cuando la mujer da respuestas hostiles mientras que el hombre se retira o no contesta, ante lo que la mujer incrementa su

-Algunas ideas aparentemente normales pueden ser un foco de conflictos solamente por no ser conscientes de que lo que se piensa no es racional.

¿QUÉ HACER PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS?

La propuesta de la terapia de pareja cognitivo conductual para resolver los conflictos pasa por:

Problemas económicos.

La paternidad/ maternidad.

Cuando los hijos se van de casa o simplemente se hacen mayores y dejan más tiempo libre a la pareja.

Enfermedad

Todas estas son fuentes de estrés que exigen a la pareja poner en marcha sus habilidades de comunicación y de resolución de conflictos, además de la motivación para mantenerse juntos y la capacidad de reconocer las debilidades delante del otro y que el otro las reciba sin castigarlas.

hostilidad porque no se solucionan los problemas.

OTROS FACTORES QUE PERPETÚAN LOS PROBLEMAS

- Las parejas en conflicto solamente se fijan en las conductas negativas del otro y tienden a no ver o a disminuir la importancia de las conductas positivas.

-Aumentar el intercambio de conductas positivas.

-Entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas.

-Cambiar el patrón de reciprocidad negativa introduciendo conductas positivas frente a la negatividad.

-Cambios en las Atribuciones, expectativas e ideas irracionales cuando es necesario.

ESTRÉS EN EL TRABAJO

Actualmente, cada vez se incrementa más el número de mujeres que además de ser estudiantes, esposas y madres, dedican gran parte de su tiempo a alguna actividad laboral.

El estrés, no sólo se presenta por problemas en la escuela, en el hogar o con la pareja, también puede ser consecuencia del ambiente laboral.

Estrés en el trabajo, se describe como "un desequilibrio que la persona percibe entre las demandas que el empleo le plantea y sus habilidades para llevarlas a cabo". Sin embargo, el no contar con un empleo o incluso la jubilación, también pueden ser fuentes de estrés.

FACTORES DE RIESGO

Algunas situaciones que pueden ocasionar estrés son las siguientes:

- ⊗ Ambiente físico inadecuado: como falta de luz o luz muy brillante, ruido excesivo, aire contaminado, etc.
- ⊗ Exceso de trabajo.
- ⊗ Trabajos monótonos y rutinarios.
- ⊗ Alteración del sueño por trabajos nocturnos.
- ⊗ Tener a su cargo responsabilidades de alto nivel.
- ⊗ Tener que tomar decisiones muy importantes.
- ⊗ Pocas posibilidades de recreación.



- ⊗ Falta de reconocimiento de nuestro trabajo.
- ⊗ Condiciones laborales no satisfactorias como salarios bajos.

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA NO SENTIRSE TAN ESTRESADA?

Existen diferentes estrategias para controlar el estrés:

- ⊗ Capacitarse para poder desempeñar mejor las actividades que se soliciten.
- ⊗ Buscar el apoyo laboral y social de compañeros de trabajo.

- ⊗ Buscar espacios de distracción y recreación.
- ⊗ Organizar el tiempo y definir prioridades.
- ⊗ Realizar alguna actividad física.
- ⊗ Alimentarse adecuadamente y no suprimir comidas.

- ⊗ Tomar un descanso.

- ⊗ Disminuir el consumo de alcohol, tabaco y café.
- ⊗ Compartir responsabilidades con los demás.
- ⊗ Realizar ejercicios de respiración profunda por lo menos una vez al día.
- ⊗ Solicitar apoyo médico y/o psicológico si es necesario.

TÉCNICA DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

El respirar adecuadamente es una técnica que ayuda a disminuir el estrés. Para ello es necesario seguir los siguientes pasos.

- Colocarse en una posición cómoda, puede ser sentada o acostada.
- Meter aire por la nariz, lenta y profundamente.
- Imaginarse que el estómago es un globo y que al meter aire se va inflando. Colocar una mano sobre el estómago, la cual debe levantarse al meter el aire.
- Retener el aire por lo menos 4 segundos.
- Sacarlo por la boca lentamente.
- Repetir el mismo procedimiento hasta que se vaya sintiendo más relajada.

CLIMATERIO Y ESTRÉS

4

- **CLIMATERIO** de *climax* es el conjunto de fenómenos que acompañan la cesación de la función reproductora de la mujer.

MENOPAUSIA es el término médico que designa la fecha de la última menstruación en la vida

de una mujer. La palabra deriva del griego *mens*, que quiere decir mensualmente, y *pausis*, que significa cese. La menopausia es una parte natural del proceso de envejecimiento debido a la menor producción de las hormonas estrógenos y progesterona que se acompaña de la pérdida de la capacidad de reprodución.

Síntomas de la menopausia:

Los síntomas más evidentes del comienzo de la menopausia, en realidad de la peri menopausia, son las alteraciones del ritmo del

ciclo menstrual (menstruaciones muy próximas o separadas) o cambios en la cantidad de menstruación (por exceso o por defecto).

Otros síntomas que pueden aparecer son:

- aumento de peso; sofocos o bochornos de calor bruscos; insomnio; sudor por las noches; sequedad vaginal; dolores articulares; fatiga; pequeñas pérdidas de memoria moles-
tias intestinales; sequedad en los ojos; picor en la piel; etc.

¿Cómo prepararme para la menopausia?

Leer libros, artículos y otros documentos recientes para estar bien informada.

Hablar con amigos y familiares.

Formar parte de un grupo de ayuda.

Usar una dieta apropiada y realizar ejercicio periódicamente.

Controlar el estrés equilibrando el trabajo con la vida social.

Hablar con su especialista sobre sus cuidados personales preventivos.

- Formar parte de un grupo de ayuda.
- Usar una dieta apropiada y realizar ejercicio periódicamente.
- Controlar el estrés equilibrando el trabajo con la vida social.
- Hablar con su especialista sobre sus cuidados personales preventivos.

ESTRÉS : El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que *perturban el equilibrio emocional* de la persona.

TIPOS DE ESTRÉS:

Agudo es el que aumenta nuestra reacción fisiológica.

Agudo Episódico: reaccionan de forma descontrolada, muy emocional, están irritables, ansiosos y tensos,

Crónico: una exposición prolongada ante el estrés puede generar enfermedades crónicas degenerativas.

Algunos síntomas de estrés son: Dolores de cabeza, dificultad en la deglución (espasmos esofágicos), acidez, náuseas, mareos dolores en el pecho, en la espalda, en el cuello, micciones frecuentes, disminución de la memoria espasmos gástricos, sudores fríos, fatiga crónica, crisis de angustia, insomnio, estreñimiento diarrea, etc.

Entre los síntomas relacionados con el estrés que son específicos de la mujer están los siguientes: Amenorrea (desaparición de la menstruación), melancolía menopausica, vaginismo (coito doloroso) frigidez, anorgasmia, infertilidad (inhibición de la excitación sexual), tensión premenstrual / dolor de cabeza, depresión posparto .

¿Cómo prevenir el estrés ?

Pero sin duda la mejor terapia es prevenirse, para ello.

- Tener siempre a disposición una válvula de escape; por ejemplo, hacer gimnasia o algún pasatiempo
- Tener amigos con quienes compartir tanto lo bueno como lo malo
- Aprender técnicas de relajación
- Evitar el uso de tranquilizantes o alcohol para hacer frente a las situaciones de estrés

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
PARA PACIENTES CON OBESIDAD**

Expediente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Edo. Civil: _____

Peso: _____

Estatura: _____

Talla: _____

IMC: _____

Cintura: _____

Motivo de consulta:

Familiograma

HISTORIA DEL PROBLEMA

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Primera vez que se presentó sobrepeso: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Descripción de la primera vez:

Primera vez que se presentó obesidad: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Descripción de esta vez:

Mínimo peso obtenido: _____ A qué Edad: _____

Cómo se sentía con ese peso: _____

Máximo peso obtenido: _____ A qué Edad: _____

Cómo se sentía con ese peso: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguno de sus familiares padece las siguientes enfermedades?

	Obesidad y/o sobrepeso	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados
Padre					
Madre					
Hermano					
Abuelos					
Tíos					

SALUD

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial

Diabetes mellitus

Colesterol elevado

Triglicéridos elevados

Gastritis

Colitis

Hipotiroidismo

Otra: _____

¿Está actualmente en algún tratamiento médico? ¿Cuál?

¿Tiene antecedentes de anorexia o bulimia?

¿Consume o ha consumido algún tipo de droga? ¿Cuál?

ALIMENTACIÓN

Describa lo que regularmente ingiere en cada comida:

Desayuno:

Colación:

Comida:

Colación:

Cena:

¿Cuántos litros de agua toma al día? _____

Alimentos preferidos	Alimentos que no le agradan

HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿Realiza alguna actividad mientras come?

¿Qué personas suelen estar presentes mientras come?

¿En qué lugares acostumbra comer?

¿Llega a comer por alguno de los siguientes motivos?

- Tristeza
- Enojo
- Preocupación
- Nerviosismo

Aburrimiento

Presión de otros

Otro: _____

¿Considera que come rápido? SI () No ()

¿Quién cocina en casa? _____

¿En dónde guardan los alimentos en casa? _____

¿Cuando termina de comer lo que se sirvió, se sirve más? SI () No ()

¿Se termina todo lo que se sirvió (deja el plato limpio)? SI () No ()

¿Hace sobremesa? SI () No ()

MÉTODOS EMPLEADOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO

¿Cuál de los siguientes métodos ha empleado para reducir peso?

Dieta

Pastillas

Laxantes

Cremas

Diuréticos

Fajas

Bebidas preparadas

Acupuntura

Otros: _____

Descripción de cada uno de ellos:

¿A qué método le tiene más confianza? _____

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () ¿Cuál? _____ Frecuencia: _____ Duración: _____

No () ¿Por qué? _____

Actividades físicas de su preferencia: _____

Barreras para realizarlas: _____

Describe las actividades que realiza un día entre semana:

Describe las actividades que realiza un día de fin de semana:

REDES DE APOYO SOCIAL

¿Quiénes de sus familiares la apoyan cuando decide bajar de peso? ¿De qué manera?

¿Quiénes de sus familiares no la apoyan cuando decide bajar de peso? ¿De qué manera?

¿Cuál es la reacción de sus amistades cuando decide bajar de peso?

¿Qué haces cuando te ofrecen comida y no quieres aceptarla?

CREENCIAS

¿Qué opina de las personas que tienen un problema de peso?

¿A qué cree que se deba su problema de peso?

¿Cree que es posible disminuir de peso?

¿Conoce a alguien que haya podido disminuir de peso? ¿Qué le ayudó a lograrlo?

EMOCIONES

Cómo le hace sentir el tener un problema de peso?

- Triste
- Enojada
- Ansiosa
- Otro ¿Cuál? _____

ÁREAS AFECTADAS

¿De qué manera ha afectado el problema de peso las siguientes áreas?

Familiar: _____

Social: _____

Laboral: _____

Académica: _____

Pareja: _____

Ganancias secundarias:

¿Está por experimentar algún cambio importante en su vida? (cambio de escuela, domicilio, matrimonio, etc.), ¿cuál?

MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO

¿Por qué motivos le interesa disminuir su peso?

Peso deseado a corto plazo (1 mes): _____

Peso deseado a largo plazo (3 meses): _____

¿Con qué peso se sentiría satisfecho? _____

Etapa de motivación:

Actualmente ¿cómo se presenta el problema?:

Problemas presentados en la sesión:

Soluciones adoptadas:

Observaciones:

Terapeuta responsable: _____

Supervisor: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 UNAM
 RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

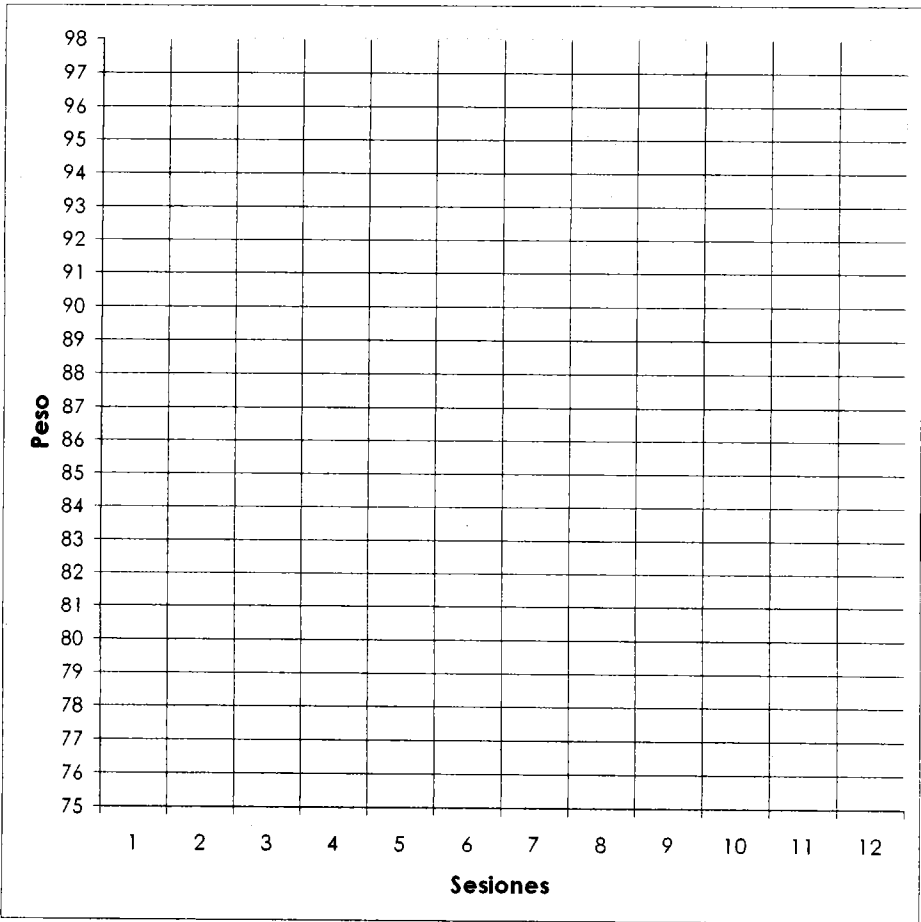
REGISTRO DE DISMINUCIÓN DE PESO

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Fecha:** _____

Estatura: _____ **IMC=** _____

Peso actual: _____ **Peso meta:** _____



*Pesar al paciente una vez a la semana, en la misma báscula, de preferencia a la misma hra. del día, sin accesorios pesados (zapatos, chamarras, etc.).

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otorgo mi consentimiento para que las sesiones de terapia sean () audio y/o () videograbadas, cuando el terapeuta lo considere necesario, una vez que se me ha informado que los resultados del tratamiento serán presentados en un Informe de Experiencia Profesional de nivel Maestría y en un examen para obtener dicho grado. De esta manera queda entendido que mis datos personales son de carácter confidencial y no podrán ser publicados ni revelados.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Terapeuta responsable: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS GENERALES
SOBRE OBESIDAD**

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le hacen una serie de preguntas con la finalidad de identificar qué conocimientos tiene sobre la obesidad.

1. ¿Qué es la obesidad?

2. ¿Para qué se utiliza el índice de masa corporal?

3. ¿Cómo se obtiene el índice de masa corporal?

4. ¿A partir de qué índice de masa corporal se considera obesidad?

5. ¿A partir de qué medida de la cintura se considera que existen riesgos para la salud?

6. ¿Qué causas pueden llevar a que una persona presente obesidad?

7. ¿Qué enfermedades puede tener como consecuencia un problema de obesidad?

8. ¿Qué tratamiento médico existe para la obesidad?

9. ¿De qué manera un tratamiento psicológico me puede ayudar a bajar de peso?

AUTO-MONITOREO

**CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"Dr. Guillermo Dávila"**

**Facultad de Psicología
UNAM**

**RESIDENCIA EN
MEDICINA
CONDUCTUAL**

Nombre: _____

Edad: _____

Mes: _____

Elaborado por: Lic. Ivett Ibáñez A.

Llevar un registro de tu alimentación te ayudará a identificar qué hábitos puedes modificar para que te ayuden a **disminuir tu peso**.

¡Vale la pena, inténtalo!

Recuerda llenar tu registro lo más pronto posible después de cada alimento

CLAVES DE LLENADO

ALIMENTO

D= Desayuno

C= Comida

CE= Cena

CO= Colación

P= Picar

GRADO DE HAMBRE

0= Nada de hambre

1= Poca hambre

2= Mucha hambre

MOTIVOS POR LOS QUE COMÍ

1= Ya llevaba tiempo pensando en comida.

2= Comí porque me sentí presionada.

3= Estaba deprimida.

4= Estaba nerviosa y/o preocupada.

5= Estaba aburrida.

6= Estaba enojada.

7= Otro (especificar de qué se trata)

¿QUÉ CONSECUENCIAS PARA MI SALUD PUEDE TENER LA OBESIDAD?

Las personas con sobrepeso y obesidad tienen mayores probabilidades de padecer:



Hipertensión arterial

Diabetes mellitus tipo 2

Enfermedades del corazón

Colesterol y triglicéridos elevados

Lesiones en huesos y articulaciones

Cálculos en la vesícula

Problemas respiratorios

Cáncer en útero, mama, colon y/o vesícula biliar.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA DISMINUIR DE PESO?

Plan de alimentación: el nutriólogo y/o el médico nos pueden elaborar un plan de alimentación balanceado que disminuya el consumo de calorías sin poner en riesgo nuestra salud. Recuerda, se trata de aprender a comer, no de dejar de comer.

Ejercicio: El contar con una rutina de ejercicio o incluso incrementar la actividad física



al caminar o moverte más, contribuye a quemar calorías y por lo tanto a disminuir el peso.

Medicamentos: Existen medicamentos para la supresión del apetito y/o para disminuir la absorción de grasas, sin embargo, para que el resultado sean exitosos, se deben hacer modificaciones en alimentación y ejercicio. Recuerda que sólo el médico puede recetar estos medicamentos, de lo contrario corres grandes riesgos para tu salud.

Cirugía: para los casos de obesidad más graves, se puede recurrir a la cirugía, que consiste en disminuir la capacidad del estómago o del intestino, limitando la cantidad que puedes comer.

Apoyo psicológico: el psicólogo te ayuda a cumplir con tu plan de alimentación y a incrementar tu actividad física mediante la modificación de hábitos, así como a controlar tus emociones como la tristeza, ansiedad y enojo, que te pueden llevar a comer de más.



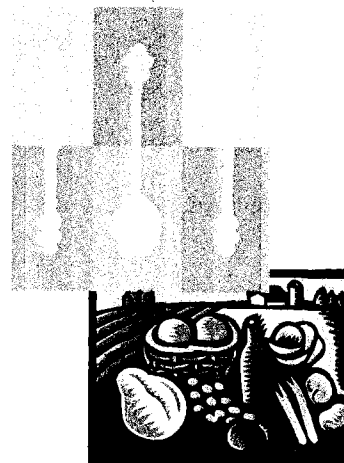
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM.
Elaborado por: Lic. Ivett Ibáñez A.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

Residencia en
Medicina Conductual

OBESIDAD



¿QUÉ ES LA OBESIDAD?

La **obesidad** se refiere a un exceso de peso debido a un almacenamiento de cantidad excesiva de grasa en el cuerpo.

La obesidad se considera un problema de salud pública, ya que más del 50% de las mujeres en México tienen algún problema de obesidad o sobrepeso.

Para determinar si tenemos un problema de obesidad, es necesario conocer el índice de masa corporal, ya que obtener nuestro peso en una báscula tradicional, no nos dice qué tanto de nuestro peso es grasa o si tenemos riesgos para nuestra salud.

¿CÓMO OBTENGO EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL?

1. En primer lugar es necesario que conozcas tu peso y tu estatura.
2. Posteriormente, divide tu peso (kilogramos) entre tu estatura (metros) al cuadrado.

Ejemplo:

Peso = 75kg Estatura = 1.60m

$IMC = 75 / (1.60 \times 1.60) = 75 / 2.56$

$IMC = 29.29$

3. A continuación, ubica tu IMC dentro de la clasificación siguiente:

Normal: 18.5-24.9

Sobrepeso: 25-29.9

Obesidad I: 30-34.9

Obesidad II: 35—39.9

Obesidad III: mayor a 39.9

Entre mayor sea el grado de obesidad, los riesgos para la salud son mayores.

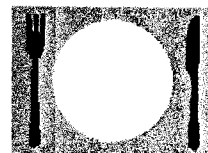
¿QUÉ CAUSA OBESIDAD?

Genética: Los genes pueden hacerte más susceptible a aumentar de peso, pero no garantizan que tengas obesidad. En muchas ocasiones, los hijos tienen obesidad al igual que sus padres, porque heredaron los mismos hábitos alimenticios y de falta de ejercicio.

Metabolismo: Las personas con ritmos de metabolismo bajos tienen

una mayor probabilidad de aumentar de peso, como es el caso de los que tienen hipotiroidismo, sin embargo, un pequeño porcentaje de la obesidad se debe a esta causa.

Alimentación: Una alimentación no balanceada, que se caracteriza por el consumo excesivo de grasas y azúcares, contribuye a que padezcamos obesidad.



Falta de ejercicio: la falta de actividad física contribuye a que el exceso de grasa se almacene.

En pocas palabras:

“Cuando comes más calorías de las que quemas, aumentas de peso”.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**BALANCE DECISIONAL
PARA INGRESAR A UN SERVICIO MÉDICO**

Nombre: _____

Fecha: _____

Ingresar a un servicio médico	No ingresar a un servicio médico
Ventajas	Ventajas
Desventajas	Desventajas

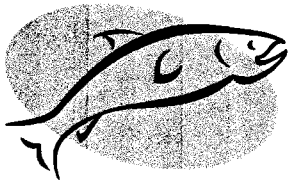
Se deben incluir en nuestra dieta, en un 55-60% de las calorías al día.

Proviene principalmente de los granos (maíz, arroz y por ende incluye al pan, tortilla, cereal y pastas), frutas, verduras, legumbres (frijoles), productos lácteos y fibras, las cuales no aportan calorías porque ni siquiera son absorbidas.

Menos del 20% de la ingesta de carbohidratos al día debe provenir de los postres, refrescos, jugos o dulces.

PROTEÍNAS

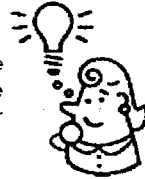
Las proteínas son esenciales porque forman nuestros huesos, músculos y demás tejidos. Proviene principal-



mente de las legumbres, el pescado, la carne magra y productos lácteos de bajo contenido graso. Del 10 al 20% del total de calorías que consumimos debe provenir de esta fuente.

LA ENERGÍA VIENE DE DIFERENTES FORMAS

De acuerdo al grupo de alimentos, son el total de calorías que aportan por gramo:



Nutriente	Calorías x gramo
Carbohidratos	4
Proteínas	4
Grasas	9

Es por eso que nuestra ingesta de grasa debe ser moderada ya que aporta mayor cantidad de calorías.

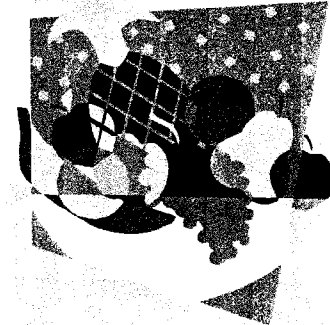
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM,
Elaborado por: Lic. Ivett Ibáñez A.

CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO
DÁVILA"

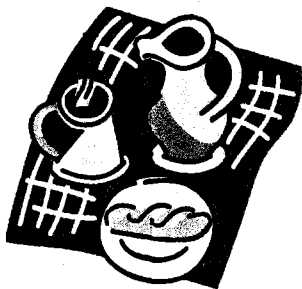
Residencia en
Medicina Conductual

ALIMENTACIÓN



¿POR QUÉ CONOCER LOS GRUPOS DE ALIMENTOS?

Cuando estamos interesadas en bajar de peso, generalmente recurrimos a dietas que nos recomiendan o que vemos en revistas o en la televisión. Sin embargo, éstas tienden a ser muy restrictivas y no toman en cuenta la variedad de alimentos que necesita nuestro organismo para estar saludable. Es así que aunque reducimos kilos, los volvemos a ganar al poco tiempo, además de que corre riesgo nuestra salud o se pueden desarrollar trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia).



Por ello, aunque no seamos unas expertas en el tema, es necesario conocer los grupos de alimentos para incluirlos en nuestra dieta de forma correcta y que se cumpla nuestro objetivo de bajar de peso sin consecuencias negativas.

GRASAS

Las grasas son esenciales para la vida de todas las células, por lo tanto no es recomendable excluirlas; no obstante, no deben incluir más del 30% de las calorías que ingerimos al día. Se encuentra principalmente en las carnes, los productos lácteos y el huevo. Las frutas, verduras y granos las tienen en bajo contenido.

Existen diferentes tipos de grasa, que aunque tienen las mismas calorías, en cuestiones de salud son diferentes:

Saturada. Aumenta el colesterol y el riesgo de enfermedades coronarias (carnes rojas, productos lácteos).

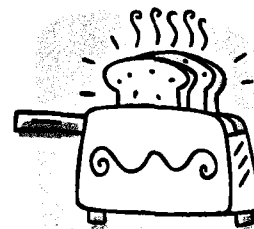
Poliinsaturada. Contribuye a que las células absorban grasa y colesterol (aceite de cántamo, maíz, girasol y soya).

Monoinsaturada. Ayuda a bajar el colesterol (aceite de oliva o canola).

Trans. Es la más perjudicial para la salud, ya que también incrementa el colesterol en la sangre (margarina manteca, pasteles, etc.).

CARBOHIDRATOS

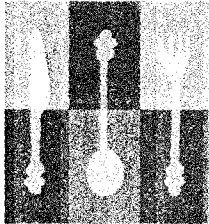
Son el combustible que nuestro cuerpo necesita para funcionar.



- Al finalizar la comida, levantar todos los platos antes de iniciar la sobremesa.

¿Qué otras opciones tengo?

También es muy importante comer más despacio y desde luego comer menos. Para eso te serán útiles los siguientes consejos:



- Pon los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado.
- Prolongar la duración de la comida, interrumpiéndola unos minutos para conversar.
- Comer cualquier tipo de alimentos con cubiertos, incluso los bocadillos.
- Come cuando tengas hambre y no porque tu reloj te lo diga.

- Come con platos y cubiertos pequeños.
- No comer dos cosas a la vez.
- No tengas los recipientes con comida en la mesa. Si quieres servarte más, es mejor que te levantes, y hazlo hasta que hayas terminado por completo lo del plato. También será mejor si esperas 5 min. antes de hacerlo.
- De preferencia, una vez que has terminado de comer levántate de la mesa. La plática la puedes continuar en otro lado.

Recuerda que no tienes que hacer todo lo anterior, sólo lo que te sea más útil o inventar lo que se adapte mejor a tus necesidades. Si te das cuenta sacrificas nada, **¡son pequeños cambios que puedes realizar!**

Facultad de Psicología.

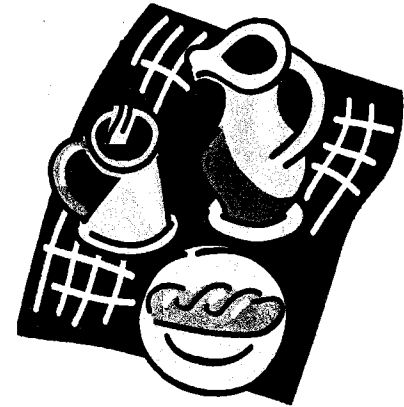
UNAM.

Elaborado por:

Lic. Ivett Ibáñez Aguilar

CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS

CONTROLAR
MI FORMA
DE COMER



RESIDENCIA EN
MEDICINA
CONDUCTUAL

¿Te ha sido difícil seguir una dieta o dejar de comer lo que te hace daño?

¿Lo has intentado muchas veces y no ha funcionado?

¿Te desesperas porque piensas que nunca podrás hacerlo?

No es que no tengas fuerza de voluntad, la voluntad la tienes. El problema radica en que existen muchos factores (estímulos) en el ambiente, que te llevan a comer más o a ingerir alimentos no saludables, lo que tiene como consecuencia que subas de peso.



Pero aquí tienes excelente noticia, **¡tú puedes tener el control de**

lo que comes! Sólo tienes que convertirte en una detective para identificar qué estímulos hacen que comas más y seguir estos sencillos pasos para modificarlos.

Pero, ¿qué es un estímulo? Es todo aquello que despierta en ti la necesidad de consumir algún alimento.

Puede ser que veas a alguien comiendo, el plato con alimento, estar en la cocina, o inclusive, posiblemente no estés conciente de los mismos, como estar leyendo en tu recámara y de repente sentir "hambre".

Entonces, ¿qué hago?

- Limita tus comidas a un solo espacio en la casa, porque de lo contrario, cualquier lugar va a estar asociado al comer y en donde sea que estés vas a querer ingerir algo.
- Establece un horario fijo para comer, a fin de que tu organismo aprenda a pedir alimento en momentos determinados y no todo el día.
- Elimina distracciones mientras comes como ver la televisión o leer, ya que pierdes la cuenta de lo que ingieres o no lo disfrutas y quieres seguir comiendo.

- Planear con anterioridad lo que vas a comer, para evitar consumir lo primero que veas, que generalmente es algo poco saludable. Por ejemplo, traer contigo siempre una fruta o barra de cereal, preparar tus comidas cuando no tienes hambre, así como ir a comprar alimento cuando estás satisfecha, con el dinero justo y una lista previamente elaborada.



- Guardar los alimentos "peligrosos" en lugares poco accesibles para que no despierten en ti el antojo: en la parte más alta de la alacena, atrás de las frutas y verduras, en recipientes que no sean transparentes.

DÍA DE LA SEMANA Y FECHA: _____

HRA	ALIMENTO	TIPO Y CANTIDAD DE COMIDA	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?

Afortunadamente, esto no es cierto. Frecuentemente nos sucede porque elegimos actividades que no nos agradan y por lo tanto se nos hace pesadas, sin la compañía de alguien que nos ayude a que disfrute más el ejercicio o por periodos de tiempo prolongados que a la larga nos cansan y nos llevan a abandonarlos.

Recuerda que lo importante es ser constantes; un determinado tiempo, varias veces a la semana (no tiene que ser todos los días) y elegir algo que te agrade: bailar, correr, caminar, nadar, juegos de video que manejas con los pies, etc. Varía el tipo de ejercicio y busca que se pueda hacer en un lugar accesible para ti.



nejas con los pies, etc. Varía el tipo de ejercicio y busca que se pueda hacer en un lugar

accesible para ti.

¿Qué otras opciones tengo?

Otra alternativa efectiva se refiere a incrementar la actividad física que

realizo durante el día, lo cual también tiene los beneficios mencionados anteriormente, pero en menor medida. Por ejemplo:

- Utilizar las escaleras en lugar del elevador o de las eléctricas.
- Dejar el coche o bajarte del transporte una cuadras antes de tu destino para caminar.
- Esconde el control remoto y levántate a cambiarle a la T. V.
- Cambia de postura, mueve tus pies, camina alrededor mientras esperas algo.
- Aleja el bote de la basura para que te muevas más al tirar algo, etc.

Si te das cuenta las opciones son infinitas. Lo único que tienes que hacer es buscar cómo moverte más en cada momento.

Facultad de Psicología.

UNAM.

Elaborado por:

Lic. Ivett Ibáñez Aguilar

CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS

ACTIVIDAD FÍSICA



RESIDENCIA EN
MEDICINA
CONDUCTUAL

EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA

Cuando subimos de peso, a menos que sea debido a un problema fisiológico, es porque hay un desequilibrio entre lo que comemos y lo que gastamos, ya que generalmente consumimos más de lo que nuestro cuerpo necesita.

Es así que todas las calorías que no se utilizan, son almacenadas en forma de grasa y como consecuencia pesamos más.

Nuestro problema de sobrepeso y obesidad disminuye no sólo si mejoramos nuestra alimentación, sino también si incrementamos nuestro ejercicio o actividad física.

¿Qué beneficios tiene hacer ejercicio?

- Modula el apetito y ayuda a la modificación de hábitos alimentarios.
- Incrementa el gasto energético total.
- Aumenta el gasto energético de nuestro metabolismo.
- Cambia la composición corporal.



- Modifica los factores de riesgo relacionados con la obesidad.
- Tiene efectos psicológicos positivos.
- Mejora la calidad de vida.
- Ayuda en el mantenimiento del peso perdido.
- Proporciona confianza para seguir una dieta.

¿Qué tipo de ejercicio debo hacer?

Generalmente tenemos la creencia de que hacer "ejercicio" significa pasarse las horas en el gimnasio, parque o bicicleta fija, lo que requiere sufrimiento, cansancio o realizar un gran esfuerzo para que funcione.



¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?

SITUACIÓN	EMOCIÓN %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %

SUGERENCIAS PARA CONTESTAR LA HOJA "¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?"

SITUACIÓN	EMOCIÓN %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %
<p>¿Qué sucedió?</p> <p>¿Con quién estabas?</p> <p>¿Qué estabas haciendo?</p> <p>¿Cuándo fue?</p> <p>¿Dónde estabas?</p>	<p>Describe cada emoción con una palabra (por ej. enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.)</p> <p>Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%.</p>	<p>Contesta todas o algunas de las siguientes preguntas: ¿qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿A qué tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría esto acerca de lo que otras personas sienten o piensan de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mí mismo respecto a esa situación?</p> <p>Califica de 0 a 100% el grado en que crees que es verdad cada pensamiento.</p>	<p>Elige de la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera (enciérralo en un círculo)</p> <p>Escribe evidencias basadas en los hechos que apoyen tus conclusiones (intenta evitar la lectura de pensamiento y la interpretación de los hechos)</p>	<p>¿Qué experiencias he tenido que muestran que este pensamiento no es siempre cierto? Si mi mejor amigo o alguien que yo quisiese tuviera ese pensamiento, ¿qué le diría? Si mi mejor amigo supiera lo que yo estaba pensando, ¿qué me diría, qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos no son 100% verdad? Si dentro de 5 años pensara en esta situación, ¿la miraría de forma diferente, me centraría en alguna parte diferente de mi experiencia? ¿Hay alguna cualidad en mí o en la situación que estoy ignorando? ¿Estoy llegando a algunas conclusiones en las columnas 3 y 4 que no están apoyadas por la evidencia? ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?</p>	<p>Considerando la evidencia en contra, ¿qué nuevos pensamientos o imágenes sugieres?</p> <p>¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna?</p> <p>¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra?</p> <p>Si un amigo estuviera en esta situación, tuviese estos pensamientos y tuviese éstas evidencias a favor y en contra, ¿qué opinión le darías? ¿qué le sugerirías para entender la situación?</p> <p>Resume todas las evidencias a favor en una frase y todas las evidencias en contra en otra frase. Únelas con la palabra "y". ¿Has creado un pensamiento alternativo que tenga en cuenta toda la información recabada?</p>	<p>Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna.</p> <p>Escribe cualquier otra emoción que surja al observar tus pensamientos alternos.</p> <p>Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%.</p>

Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). *El control de tu estado de ánimo*. España: Paidós. Pp. 96, 97.

Ha recibido anteriormente, algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problema(s)?

SI () NO ()

En caso afirmativo especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió _____

Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? SI () NO ()

Toma actualmente algún medicamento? SI () NO ()

Si su respuesta fue SI, especifique cuál, por qué, desde cuando, y quien se lo recetó? _____

Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? _____

En caso afirmativo especifique cuál _____

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:

(Indíquenos con una "X" en que grado: Escala: 1 = Nada 10 = Mucho)

Amistades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laborales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Académicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA IMPORTANTE:

El CSP ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del personal que labora en este Centro. Agradecemos de antemano su comprensión.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"**



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES

Usted está por iniciar una terapia en el Centro de Servicios Psicológicos, es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El o la terapeuta realizará una entrevista y al finalizar determinará la frecuencia, el número total de sesiones, el tipo de servicio (terapia individual, grupal, etc.), y la cuota de recuperación de cada sesión.
2. Es necesario que Usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido, (el teléfono del Centro es 5622-2309). Es importante que tome en cuenta que tres inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio.
3. En algunas ocasiones, las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o video y en otras solo observadas (atrás del espejo). Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados de la carrera de Psicología supervisados por los terapeutas del Centro a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicada. Esta información quedará bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
5. Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar la terapia. En cualquier caso Usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o sugerencias dirigidas a la Coordinación del mismo.
8. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con Usted. Esto tiene como propósito hacer un seguimiento de la misma.

NOMBRE _____ FIRMA _____

FECHA _____
(Día, mes y año)

TERAPEUTA RESPONSABLE _____



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"**



Nombre: _____
Edad: _____
Escolaridad: _____

A continuación se le presentan una lista de síntomas. Si usted ha padecido alguno de éstos en los últimos 3 meses márquelos con una X; y especifique el grado de severidad con que los ha experimentado de acuerdo a la siguiente escala:

- 0=Ligero
- 1=Moderado
- 2=Fuerte
- 3=Severo

Taquicardia.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Dolor de pecho.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de sofocamiento.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Necesidad de aire.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de ahogo.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Mareos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de irrealidad.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Aturdimiento.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Visión borrosa (oscurecimiento).....	(0)	(1)	(2)	(3)
Zumbido de oídos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Hormiguelo o adormecimiento				
en manos o en cara.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en pies o dedos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Manos o pies fríos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Náusea.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en el estómago.....	(0)	(1)	(2)	(3)

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"Dr. Guillermo Dávila"**

**Facultad de Psicología
UNAM**

Informe de canalización interna/externa (IC)

Canalización interna () Paciente de 1ª. Vez () Folio: _____
Canalización externa () Paciente de reingreso() Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Sexo: H M Edo. Civil: _____

Resumen del caso: _____

Motivo de canalización: _____

Datos de la Institución o Programa al que se canaliza

Nombre de la Institución: _____

Nombre del responsable: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____

Fecha de ingreso al servicios: _____

GRUPO DIAGNÓSTICO

Terapeuta responsable: _____

Co-terapeuta: _____

Supervisor: _____

Programa al que pertenecen: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Ficha de Canalización

Institución o Programa: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Horario de atención: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Ficha de Canalización

Institución o Programa: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Horario de atención: _____