

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL DURANTE LA INYECCIÓN TRASFORAMINAL DE ESTEROIDES EN PACIENTES CON DOLOR RADICULAR

Manejo psicológico durante procedimientos médico – intervencionistas

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ARELI RESÉNDIZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DR. ARIEL VITE SIERRA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y la Facultad de Psicología, particularmente a la Residencia de Medicina Conductual por darme la oportunidad de crecer profesionalmente, por el bien de mis pacientes.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes por dedicarme tiempo y espacio para compartir su conocimiento y así hacer de esta psicóloga una mejor persona y profesional de la salud mental.

A mi comité tutorial, el Mtro. Arturo Martínez Lara, Dr. Ariel Vite Sierra, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Mtra. Cristina Bravo González, Dr. Samuel Jurado Cárdenas y la Dra. Laura Hernández Guzmán por aportar su conocimiento y ayudarme a conseguir este objetivo trascendental en mi carrera.

A mis supervisores in situ y académicos, los cuales guiaron de manera práctica los conocimientos adquiridos de forma teórica dentro de las instituciones de salud en las que llevé a cabo mi residencia.

A los jefes de servicio, médicos adscritos y residentes que apoyaron los tratamientos psicológicos y los veían como parte multidisciplinaria del abordaje que se les brindaba a los pacientes.

“La lectura forma al hombre, las conferencias lo alistan y la escritura lo perfecciona”

Bacon

DEDICATORIAS

A mis padres y hermano por apoyarme incondicionalmente en las decisiones que me han llevado hasta este momento tan importante en mi vida. Principalmente por apoyarme en mi carrera y ser parte fundamental de mi desarrollo personal y profesional.

A Paula y Marli: amigas y compañeras que ayudaron a que la residencia fuera menos pesada emocionalmente. Su amistad y confianza son un tesoro que descubrí, cuidé y guardaré por siempre. Son excelentes terapeutas!

A los amigos de toda mi vida y sin los cuales no sería lo que soy ahora: Fernanda, Cynthia y Jose Luis (Primo).

A Dios por estar conmigo en las buenas y en las malas y por haberme permitido llegar a este momento y realizar este sueño.

Principal dedicatoria a ti Andrés, gracias por enseñarme a vivir la vida de manera equilibrada dándole el peso justo a cada cosa. Eres una persona maravillosa y se que a tu lado seré cada vez mejor. Nunca olvides que ya formas parte importante de mí de forma irreversible. ILU...

“El dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional”

Buda

INDICE

INFORME DE INVESTIGACIÓN APLICADA

I	
Introducción	1
Formulación de caso	6
Participantes	6
Escenario	6
Instrumentos	7
Procedimiento	8
Análisis Estadístico	9
Efectos Clínicos	9
Ejemplo paciente	13
Discusión	14
Actividades Profesionales de la Residencia de Medicina Conductual	17

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA: Hospital Juárez de México Servicio de Trasplante Renal

Características del Hospital Juárez	19
Servicio de Trasplante Renal	20
Insuficiencia Renal Crónica	20
Estadísticas	20
Métodos Sustitutivos	22
Trasplante Renal	22
Estadísticas	23
Repercusiones Psicológicas	24
Actividades Realizadas	26
Actividades Académicas durante la rotación	29
Actividades Profesionales no programadas	31
Población atendida durante la rotación	33
Estadísticas	34
Asistencia a eventos académicos	41
Evaluación del sistema de supervisión	42
Competencias profesionales alcanzadas	43
Conclusiones y Sugerencias	43

**SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA: Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, INCMNSZ.
Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos**

Características del Instituto	45
Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	46
Definición	48
Clasificación	48
Teoría de la compuerta	50
Aspectos Psicológicos del dolor	51
Actividades realizadas	52
Actividades Profesionales no programadas	56
Población atendida durante la rotación	57
Estadísticas	61
Asistencia a eventos académicos	68
Evaluación del sistema de supervisión	68
Competencias profesionales alcanzadas	69
Conclusiones y Sugerencias	70
REFERENCIAS	72
ANEXOS	77
1. Entrevista Estructurada para pacientes con Dolor Crónico sometidos a procedimientos médico – invasivos (Bloqueos)	77
2. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)	82
3. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)	84
4. Inventario de Ansiedad – Estado (IDARE – E)	86
5. Reporte psicológico de receptor/donador del Servicio de Trasplantes	88
6. Protocolo de Intervención Psicológica para pacientes con IRC candidatos a Trasplante Renal	95
7. Hoja de autocuidados para pacientes candidatos a Trasplante Renal	101
8. Curso de inducción: “Evaluación y Manejo Psicológico del Dolor”	104
9. Entrevista Cognitivo – Conductual de Primera vez	110

RESUMEN

El trabajo que se muestra a continuación presenta el informe de actividades profesionales de la Residencia en Medicina Conductual. Primero se enfatiza la investigación realizada durante el segundo año de residencia en donde se observó que los pacientes con dolor crónico pueden ser candidatos a un manejo médico invasivo el cuál, en ocasiones, requiere que el paciente se encuentre despierto. Estos procedimientos generan niveles sustanciales de ansiedad en el paciente, donde a intervención Cognitivo–Conductual podría ayudar a reducirlos. La escasa literatura de evaluación y tratamiento psicológico en procedimientos invasivos da pie a la necesidad de determinar su papel para disminuir la ansiedad. El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de un procedimiento de evaluación e intervención Cognitivo–Conductual para pacientes con dolor crónico sometidos a una Inyección Transforaminal de esteroides. Se aplicó una intervención Cognitivo –Conductual a 25 pacientes con dolor radicular a quienes se les realizó una inyección transforaminal de esteroides por primera vez. La intervención Cognitivo–Conductual se realizó antes, durante y después de la inyección, empleando un diseño cuasiexperimental pre–post. Por medio de análisis de frecuencias y una t-Student para muestras apareadas se observó una disminución significativa de la ansiedad y mayor conocimiento del procedimiento. El estado cognitivo se mantuvo estable durante el estudio. Estos resultados son alentadores para incluir componentes Cognitivo – Conductuales en el manejo multidisciplinario del dolor. Posteriormente se describen las acciones realizadas en los dos años de residencia. En el primer año se prestó atención psicológica en el servicio de trasplante renal donde se valoró y preparó psicológicamente a los pacientes para el trasplante; además, se creó un protocolo de preparación grupal para pacientes candidatos a trasplante renal. En el segundo año se prestaron servicios psicológicos en una Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos donde se atendió a pacientes con dolor crónico o con diagnóstico oncológico. En ambas sedes se evalúa al sistema de supervisión, se describen las competencias profesionales alcanzadas y se brindan conclusiones y sugerencias.

INTRODUCCION

El dolor por su complejidad es uno de los problemas mas desafiantes a nivel social por su indudable peso epidemiológico y económico, de hecho es la causa más común por la que los pacientes acuden al médico (Cuencas, McCoy, Selby y McManemin, 1991), además puede afectar directamente la salud física y psicológica e incidir en el apropiado funcionamiento del sistema inmunitario (Buela-Casal y Caballo, 1991), siendo la forma más común de estrés soportada por los pacientes (Turk, 2003).

En EEUU, existen reportes epidemiológicos acerca de los diferentes síndromes dolorosos, siendo el informe Nuprin (Taylor y Curran, 1985) el trabajo más exhaustivo al respecto. Los resultados muestran una elevadísima prevalencia de los síndromes de dolor en la población mayor a los 18 años. Se muestra que las cefaleas están en primer lugar (73%, 10 millones de estadounidenses), seguido de los dolores de espalda (56%), dolores musculares (53%), dolor articular (51%), dolor de estómago (46%) y dolor premenstrual (40% de las mujeres).

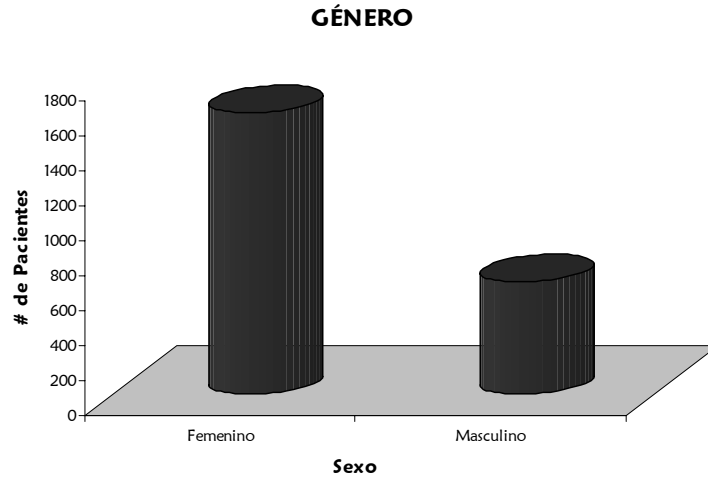
Sin embargo en lo tocante al dolor crónico éste representa un problema individual como social, ya sea en términos de sufrimiento, problemas emocionales, impacto sobre la familia, tiempo de trabajo perdido, gastos médicos, costes asociados a la compensación por su incapacidad y sobreutilización de los servicios de atención sanitaria. En este marco, se estima en lo tocante a ausentismo laboral, según el informe Nuprin, que los estadounidenses habían perdido en 1984 mas de 4.000 millones de días de trabajo a causa del dolor, estimándose la media en 5 días por persona y año.

En México no existen datos epidemiológicos a nivel nacional sobre el dolor en pacientes, sin embargo sí existen algunos datos anuales de los pacientes atendidos en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ.

De Marzo del 2005 a febrero del 2006 se atendieron, aproximadamente, 2255 consultas en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ. Teniendo pacientes con edades que iban de los 18 a los 97 años de edad y con una media de 61 años.

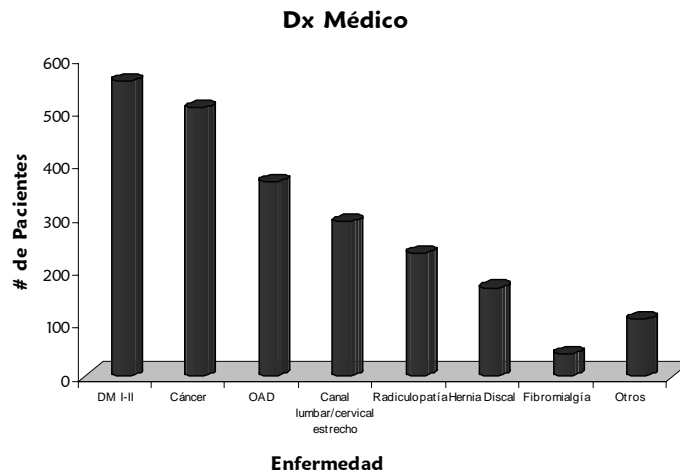
A continuación se muestran las gráficas de la población atendida en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ por género, diagnóstico médico y diagnóstico algológico:

Gráfica 1. Distribución por género de la población atendida en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ, 2005–2006



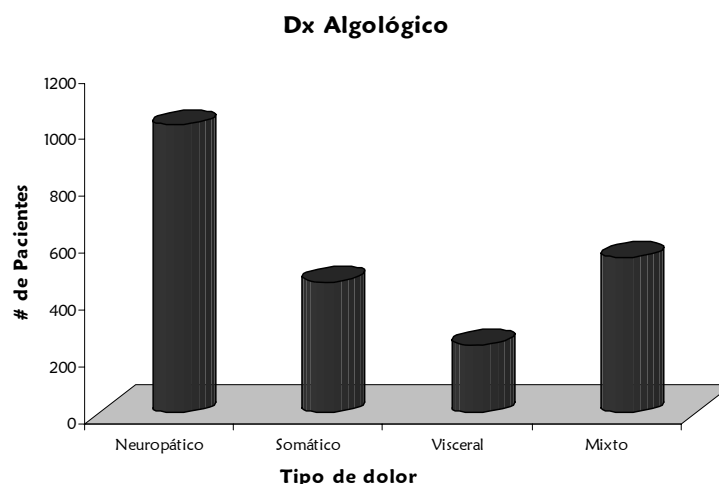
En la Gráfica 1 se muestra la distribución por género de los pacientes atendidos en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ durante el periodo de marzo del 2005 a febrero del 2006 donde se observa en su mayoría a pacientes del sexo femenino.

Gráfica 2. Principales Diagnóstico Médico de los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ, 2005–2006



En la Gráfica 2 se muestran las principales enfermedades que tenían diagnosticados los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ en el periodo de marzo del 2005 a febrero del 2006. Se observa que los pacientes estaban diagnosticados principalmente con Diabetes Mellitus (tipo 1 o 2) o con algún tipo de cáncer.

Gráfica 3. Diagnóstico Algológico de los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ, 2005–2006



En la Gráfica 3 se muestran los principales diagnósticos algológicos que presentaron los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Se observa que en su mayoría presentaron un dolor neuropático, secundario a su enfermedad médica.

Estas gráficas nos muestran los datos epidemiológicos del abordaje médico farmacológico, ya que no existen datos epidemiológicos sobre el abordaje médico – intervencionista dentro del INCMNSZ.

En las investigaciones se muestra el mismo efecto ya que existen diversos estudios que resaltan la importancia del tratamiento multidisciplinario en el tratamiento farmacológico del dolor, sin embargo en los procedimientos médico – invasivos que realizan los algólogos, no existen muchas investigaciones de evaluación y tratamiento psicológico.

Esto resalta la importancia de la evaluación y tratamiento psicológico adecuado para los pacientes con dolor crónico ya sea de tipo farmacológico para revalidar la investigación ya hecha anteriormente o bien en el tratamiento médico invasivo para generar investigación novedosa en este campo.

Dentro de los procedimientos médicos – intervencionistas para mitigar el dolor crónico se encuentra la Inyección Epidural de Esteroides, el cual se ha practicado por más de 50 años. Actualmente se esta llevando a cabo dentro del INCMNSZ para mitigar el dolor radicular abordando el dolor por el espacio peridural.

El abordaje del espacio peridural se realiza por vía traslaminar, caudal o vía transforaminal (bloqueo selectivo de raíces nerviosas), los cuales son realizados bajo guía fluoroscópica (Mulligan y Rowlingson, 2001).

La Inyección Transforaminal de Esteroides (ITE) tiene gran popularidad entre los especialistas en dolor debido a que se está en mayor intimidad con el sitio de la afección, por lo que el médico tiene una mayor certeza que la colocación del medicamento es en el lugar exacto (Losas, 1999; Mulligan y Rowlingson, 2001). Ante esta situación el paciente necesita de un autocontrol y manejo de la ansiedad y dolor durante el procedimiento, ya que al encontrarse despierto tendrá que hacerle frente al evento estresante con sus propias herramientas (Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000).

La noticia de un procedimiento médico – intervencionista para el manejo del dolor supone un evento estresante para la persona. Estas reacciones incluyen principalmente: ansiedad, depresión, miedo, enojo y problemas adaptativos; las que constantemente dificultan la labor del médico aumentando el periodo de recuperación de los pacientes (Granot y Goldstein, 2005; Rodríguez, 2000).

En el caso del abordaje médico – intervencionista, las investigaciones muestran que los principales síntomas que se observan son ansiedad y catastrofización o miedos exagerados por parte del paciente (Doleys y Binoff, 2003; Granot y Goldstein, 2005). El hablar de miedos ante un procedimiento quirúrgico o médico – intervencionista incluyen: temor al dolor y a las molestias, a lo desconocido, uso de instrumentos, a sangrar, a la reacción hacia la anestesia o a los médicos y enfermeras, hacia personas extrañas, a la oscuridad, lugares y edificios extraños como el hospital, hombres con batas blancas, exámenes o tratamientos médicos, a salir de la casa, destrucción de la imagen corporal, interrupción de los planes futuros, pérdida del control y a la muerte (Mercado, 1992).

En el caso particular de la ansiedad, existen estudios que indican un aumento en la Ansiedad – Estado antes de la cirugía y declina después de ella y durante el periodo de recuperación donde las medidas de Ansiedad – Rasgo no fueron afectadas por el estrés de la cirugía (Spielberger, 1979; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Existe evidencia de que, los pacientes con elevada ansiedad preoperatoria requieren mayor tiempo de hospitalización, mayor uso de analgésicos y sedantes, mostrando más afecto negativo postoperatorio (Auerbach, 1973; Cohen y Lazarus, 1973; Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walter y Lim, 2006; Sime, 1976).

La preparación psicológica también le da la importancia necesaria a la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, ya que investigaciones muestran que ayuda a disminuir la ansiedad de los pacientes y familiares, ayuda de igual forma a reducir el periodo de convalecencia y la utilización de medicamentos para el dolor (Ghulam, Kessler, Bachmann, Haller y Kessler, 2006; Jonson, 1980).

Específicamente, con la ansiedad se ha observado que está regulada por componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales; los cuales, tienen la capacidad de llegar a ser modificados. La Intervención Cognitivo – Conductual (ICC) es un tipo de terapia psicológica, cuyos terapeutas tienen la habilidad de

cambiar conductas y pensamientos. En el caso de la ansiedad, ante eventos estresantes, se ha visto que este tipo de terapia favorece la recuperación postoperatoria reduciendo la ansiedad y miedos antes del procedimiento médico invasivo, además de entrenar al paciente para utilizar estrategias de afrontamiento antes, durante y después de la intervención médico – quirúrgica (Aguirre, 2001; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000).

Las investigaciones sugieren que las técnicas Cognitivo – Conductuales que reportan disminución de la ansiedad, mayor cooperación del paciente y menor tiempo de estancia postoperatoria se pueden dividir en antes y durante el evento quirúrgico o invasivo:

Antes del evento quirúrgico o médico – intervencionista lo ideal es llevar a cabo una ICC que tenga una o varias de las siguientes técnicas: brindar información al paciente o dar **psicoeducación** (Deacon y Abramowitz, 2004; Ghulam, Kessler, Bachmann, Haller y Kessler, 2006; Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walter y Lim, 2006; Katz, Irish y Devins, 2004; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000); **relajación** (Barragán, Cruz, Fulgencio, Barragán y Ayala, 1998; Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walter y Lim, 2006; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000); **visualizaciones positivas** (Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walter y Lim, 2006; McKay, Davis y Fanning, 1990; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000); **estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales**, como el reenfoque de la atención, autodeclaraciones o autoinstrucciones, atención selectiva, distracción cognitiva, sustitución de pensamientos negativos, eliminación de miedos irracionales (Deacon y Abramowitz, 2004; Jonson, 1980; Katz, Irish y Devins, 2004; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000); **inoculación del estrés**, la cual enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes (Deacon y Abramowitz, 2004; McKay, Davis y Fanning, 1990; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000; Wells, Howard, Nowling y Vargas, 1986) y, **videos o modelamiento en vivo** (Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walter y Lim, 2006; Méndez, Macía y Olivares, 1993; Wells, Howard, Nowling y Vargas, 1986).

Durante el evento quirúrgico o médico – intervencionista se pueden retomar algunas de las técnicas para llevar a cabo una buena ICC. Las principales reportadas en la literatura son: **reenfoque de la atención, autodeclaraciones y autoinstrucciones** (Méndez, Macía y Olivares, 1993; Rodríguez, 2000), que dan como resultado la inducción rápida del paciente, menor uso de medicamento para el dolor postoperatorio, disminución del tiempo de recuperación postoperatoria y mayor grado de satisfacción del paciente con el procedimiento quirúrgico o invasivo.

En virtud de las condiciones reseñadas, el propósito del estudio presentado en el presente informe consistió en explorar el efecto clínico de un protocolo de Evaluación e Intervención Cognitivo – Conductual para pacientes que van a ser sometidos a Inyección Transforaminal de Esteroides (ITE), midiendo el impacto del

protocolo en indicadores de conocimiento y ansiedad antes, durante y después del procedimiento médico – intervencionista.

FORMULACIÓN DE CASO

Se trata de un diseño cuasiexperimental pre – post en el que participaron 25 pacientes con dolor radicular que serían sometidos a una Inyección transforaminal de esteroides (ITE) por primera vez, la población fue en su mayoría del sexo femenino (80%), con edad promedio de 65 años 5 meses, ama de casa (64%), casadas (56%) y con un nivel de educación a nivel primaria (60%). La muestra presenta un tiempo de evolución del dolor entre 3 y 4 años (40%), donde un 72% de los pacientes reportó miedo a sufrir dolor durante la ITE y tan solo un 16% utilizaron medicamento anestésico durante la misma (Cuadros I y II).

Cuadro I. Datos Sociodemográficos

N	SEXO	EDAD	OCUPACION	EDO CIVIL
25	Femenino: 20, 80%	Rango: 36 – 84 años	Ama de casa: 16, 64%	Casado: 14, 56%
	Masculino: 5, 20%	Media: 65.3 años 5.8 meses Moda: 67 años 1 mes	Comerciante: 9, 36%	Viudo: 8, 32% Soltero: 3, 12%

Cuadro II. Datos Sociodemográficos

N	Escolaridad	Tiempo de Evolución del dolor	Miedos más frecuentes	Utilización de medicamento anestésico
25	Primaria: 15, 60%	3 – 4 años: 10, 40%	Dolor durante la ITE: 18, 72%	NO: 21, 84%
	Secundaria: 6, 24%	5 – 6 años: 8, 32%	Inyecciones: 4, 16%	
	Bachillerato: 2, 8%	1 – 2 años: 5, 20%	Servirá la ITE: 3, 12%	SI: 4, 16%
	Analfabeta: 2, 8%	7 años: 2, 8%		

Escenario

Se llevó a cabo de agosto a diciembre del 2005 en el Consultorio del servicio de Clínica del dolor y en el área de fluoroscopia del Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Instrumentos

Entrevista Estructurada para pacientes con Dolor Crónico sometidos a procedimientos (Ver Anexo 1) adaptada de la Entrevista Estructurada para Trasplante Renal del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio y Mercado, 2000). Por medio de la Entrevista

Estructurada se obtiene información sociodemográfica; aspectos familiares; comprensión de la enfermedad, conocimiento y miedos acerca del procedimiento, así como la motivación y aceptación voluntaria para la realización del mismo. En ésta, se establecen puntajes de 0 a 18, los cuales reportan: 0 = nada de conocimiento y 18 = conocimiento total acerca del procedimiento médico

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo “MEC” (Lobo, Saz, Marcos, Día, De la Camara, Ventura, Morales, Pascual, Montañez y Aznar, 1999), ver Anexo 2. Evalúa la presencia de déficit cognitivo en pacientes médicos. Es un instrumento estudiado en diferentes poblaciones con validez y confiabilidad comprobada ($k_w=0.63$; IC de 95%=0.59-0.67, $p<0.01$), que además presenta modificaciones de construcción basadas en las diferencias culturales entre hablantes de la lengua hispana con los de lengua inglesa, dando como resultado un desempeño comparable al Mini-Mental State Examination (MMSE) original desarrollado por Folstein et al. (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Consta de 5 apartados que miden orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción que muestra el paciente. Da un total de 35 puntos y lo aceptado como normal es a partir de 28 puntos si son menores de 64 años y 24 puntos si son mayores de 64 años.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria “HAD” (López, Vázquez, Arcila, Sierra, González y Salín, 2002; Relamed y Siegel, 1975), ver Anexo 3. En ella se miden ansiedad y depresión de los pacientes que se encuentran en un ambiente hospitalario o con alguna enfermedad crónica; quita los síntomas médicos y deja únicamente los psicológicos. Puede ser utilizado en investigación médica de ansiedad y depresión clínicamente significativa en pacientes mexicanos ya que se obtuvieron resultados similares a los de Zigmond y Snaith en 1983, ($kappa=0.64$, IC de 95% 0.47-0.80, $p<0.001$). Consta de 14 preguntas divididas en 7 de ansiedad y 7 para depresión, donde el punto de corte para ansiedad es de 8 y el de depresión es de 7. Únicamente se aplicaron los ítemes de ansiedad.

Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado “IDARE” (Spielberger, Urrutia, González y Díaz-Guerrero, 1996), ver Anexo 4. Con él se pueden investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos sin síntomas psiquiátricos. Consta de 2 escalas separadas: 1) Ansiedad-Rasgo (A-R): consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente y, 2) Ansiedad-Estado (A-E): son 20 afirmaciones que requieren que los sujetos señalen cómo se sienten en un momento dado. Se ha observado que el puntaje de ansiedad-estado es el mejor predictor de niveles de ansiedad ante eventos médico-quirúrgicos (Kaplan y Hafner, 1959; Melamed y Siegel, 1975). Únicamente se aplicó el IDARE-E.

Procedimiento

Participaron 25 pacientes con dolor radicular que serían sometidos a una ITE por primera vez. Se seleccionaron para la realización del procedimiento a pacientes

adultos con evidencia clínica de dolor radicular y con compresión radicular evidenciada por imagen de resonancia magnética.

La evaluación e Intervención Cognitivo – Conductual del estudio se dividió en tres etapas: **antes**, **durante** y **después** de la ITE, con una duración de 7 sesiones donde cada una consistía de 45 minutos aproximadamente, se realizó de manera individual con cada paciente:

1. Evaluación e ICC antes de la ITE:

PRIMERA SESIÓN:
En la Consulta Externa se captó a los pacientes candidatos a ITE, se les explicó junto con el médico de clínica del dolor, la participación multidisciplinaria y se les invitó a participar de manera voluntaria en el estudio.
Se evaluó de manera individual a los pacientes aplicándoles los instrumentos de ansiedad y conocimientos antes mencionados.

SESIONES 2 A 5:
En las siguientes 4 sesiones se llevó a cabo una intervención Cognitivo – Conductual (ICC), la cuál consistió en lo siguiente:
Psicoeducación (oral y apoyo visual) e Inoculación del Estrés, que consistían de los siguientes pasos:
ϕ Darle al paciente el conocimiento necesario acerca de la ITE para el discernimiento, comprensión y juicio adecuado. Se habló acerca del personal encargado de la realización del procedimiento (médico adscrito, médico residente, psicóloga y enfermera/o); así como la ubicación espacial y abordaje clínico del procedimiento médico por medio de diapositivas que muestran paso a paso las etapas del bloqueo. Posteriormente se dio respuesta a las preguntas realizadas por el paciente acerca de la ITE por parte del médico algólogo encargado del procedimiento médico – invasivo, o en su defecto, por parte de la psicóloga encargada del mismo previa enseñanza médica. Todo esto con el fin de ir desensibilizando sistemáticamente al paciente ante el evento estresante.
ϕ Se entrenó al paciente en técnicas de relajación por medio de respiración profunda y, posteriormente, relajación con imágenes placenteras o visualizaciones ante el evento estresante (ITE).
Al finalizar el entrenamiento (al final de la sesión 5) se les aplicaron nuevamente (de manera post-test) los instrumentos antes mencionados.

2. ICC durante la ITE cuya duración fue de 30 a 45 minutos:

SEXTA SESIÓN:

Los pacientes se encontraban canalizados en el área de Rayos X bajo guía fluoroscópica en posición de decúbito ventral y con vigilancia anestesiológica. Los procedimientos médico – invasivos se realizaron por un mismo médico especialista en dolor el cual administró acetato de betametasona, fosfato sódico de betametasona (Celestote Soluspan®) y Bupivacaína en cada inyección transforaminal.

Se le recordó al paciente lo visto durante la fase de psicoeducación, además de guiar la técnica de relajación por medio de imágenes placenteras o visualización. Se llevó a cabo distracción y atención selectiva con los pacientes en caso necesario. Todo esto con la finalidad de disminuir la ansiedad del paciente durante el procedimiento y reducir la atención que se le daba al dolor en ese momento.

Se hizo un registro sobre los medicamentos administrados por el médico anestesiólogo para tranquilizar al paciente.

3. Evaluación e ICC después de la ITE:

SÉPTIMA SESIÓN:

Se aplicaron nuevamente los instrumentos sobre ansiedad (IDARE-E, HAD) y MEC que le tomó al paciente de 15 a 20 minutos aproximadamente. Esto se llevó a cabo entre 1 y 2 horas después de haber finalizado la ITE.

Se les agradeció su participación en el estudio y se les dio espacio abierto para futuras intervenciones psicológicas, en caso necesario.

Análisis Estadístico

En el caso de los datos sociodemográficos y puntajes del MEC de los participantes se utilizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión: media, mediana y moda; mientras que para obtener las diferencias entre los niveles de ansiedad y conocimiento de los participantes fue necesario correr pruebas t de Student para muestras apareadas.

EFECTOS CLÍNICOS

Los puntajes del Mini – Examen Cognoscitivo muestran una media estadística de 29 puntos (de un máximo de 35) en las diferentes etapas de aplicación de la prueba, los participantes muestran una moda de 30 antes y al terminar la ICC, la

cual decae a 27 puntos al final de la ITE. En cuanto a la desviación estándar oscila entre 2.13 y 2.54 en las diferentes etapas del estudio. (Cuadro III).

Cuadro III. Media, Mediana, Moda y σ del Mini – Examen Cognoscitivo (MEC)

	ANTES DE LA ICC	AL TERMINAR LA ICC	AL FINAL DE LA ITE
MEDIA	29	29	28.9
MEDIANA	29	29	29
MODA	30	30	27
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2.13	2.16	2.54

Mediante la prueba t se obtuvieron diferencias entre los puntajes de **IDARE-E** antes y después de la ICC observándose una disminución de 37 a 13 puntos (Cuadro IV), la cual resultó significativa ($t = 15.3$, $gl = 24$, $p = 0.000$). Así mismo, se observó una disminución de 37 a 10 puntos al iniciar la ICC y al final del ITE (Cuadro V); esta reducción fue estadísticamente significativa ($t = 18.1$, $gl = 24$, $p = 0.000$). Esta misma diferencia se observa en el puntaje de niveles de ansiedad que se midieron después de la ICC y al finalizar la ITE (Cuadro VI) resultando igualmente significativa ($t = 6.8$, $gl = 24$, $p = 0.000$).

Se compararon las medias de los puntajes de **conocimientos** acerca de la ITE al que iban a ser sometidos los pacientes antes y después de la ICC (Cuadro IV). Se observa un aumento de 0.88 a 14.7 puntos, lo que es estadísticamente significativo ($t = -38.3$, $gl = 24$, $p = 0.000$).

Cuadro IV. Puntajes obtenidos de la comparación entre las medias de los valores de ansiedad y conocimientos antes de la ICC y después de la ICC

INSTRUMENTO	ANTES DE ICC	DESPUÉS DE ICC	t – Student
IDARE – E	37	13	15.3*
HAD	15	5	12.9*
CONOCIMIENTOS DE LA ITE EN LA ENTREVISTA	0.88	14.7	-38.3*
MEC	29	29	0.29**

* $p = 0.000$

** $p = 0.770$

En cuanto a los resultados de los niveles de ansiedad en el **HAD**, se comportaron de manera similar a los observados anteriormente con el IDARE-E, ya que disminuyó de 15 puntos antes de la ICC a 5 puntos después de la misma (Cuadro IV), siendo estadísticamente significativa ($t = 12.9$, $gl = 24$, $p = 0.000$). Los puntajes de ansiedad siguieron disminuyendo ya que muestran una reducción de 15 a 3 puntos antes de la ICC y al final de la ITE (Cuadro V) la cual resultó significativa ($t = 15$, $gl = 24$, $p = 0.000$). Esta misma diferencia se observa en la disminución de la ansiedad de 5 a 3 puntos después de la ICC y al finalizar la ITE (Cuadro VI), siendo estadísticamente significativa ($t = 3.5$, $gl = 24$, $p = 0.002$).

Cuadro V. Puntajes obtenidos de la comparación entre las medias de los valores de ansiedad y MEC antes de la ICC y al finalizar la ITE.

INSTRUMENTO	ANTES DE ICC	AL FINALIZAR LA ITE	t – Student
IDARE – E	37	10	18.1*
HAD	15	3	15*
MEC	29	28.9	0.34**

* p= 0.000

** p = 0.731

Cuadro VI. Puntajes obtenidos de la comparación entre las medias de las valores de ansiedad y MEC después de la ICC y al finalizar la ITE

INSTRUMENTO	DESPUÉS DE ICC	AL FINALIZAR LA ITE	t – Student
IDARE – E	13	10	6.8*
HAD	5	3	3.5**
MEC	29	28.9	0.20***

* p= 0.000

** p = 0.002

*** p = 0.731

A continuación se presentan gráficamente los resultados:

La Figura 1 muestra los puntajes obtenidos de la comparación de medias de los valores de Ansiedad Estado (IDARE-E), donde se observa una disminución de la ansiedad después de la Intervención Cognitivo – Conductual, la cual se mantuvo e incluso continuó disminuyéndose 3 puntos al finalizar la Inyección Transforaminal de Esteroides.

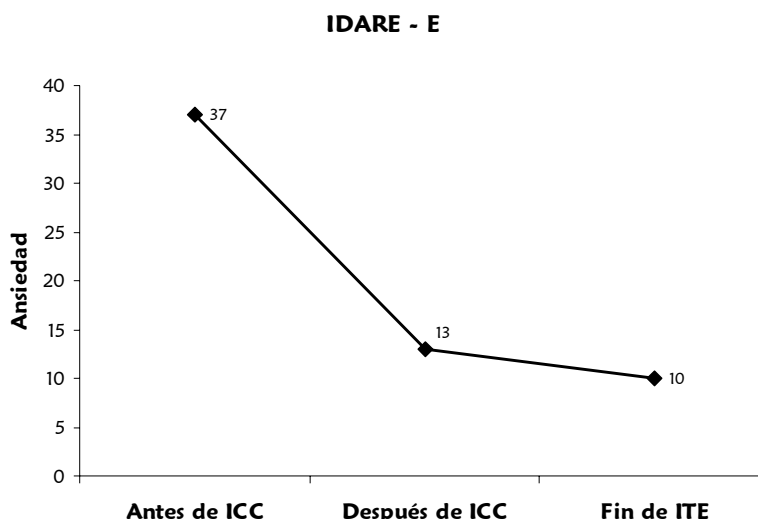


Figura 1. Puntajes de la comparación de medias de los valores de ansiedad del IDARE-E

En la Figura 2 se observan los puntajes de la comparación de medias de los valores de ansiedad del HAD. Se observa una disminución de los puntajes de ansiedad después de la Intervención Cognitivo – Conductual. Los puntajes continúan disminuyendo al finalizar la ITE.

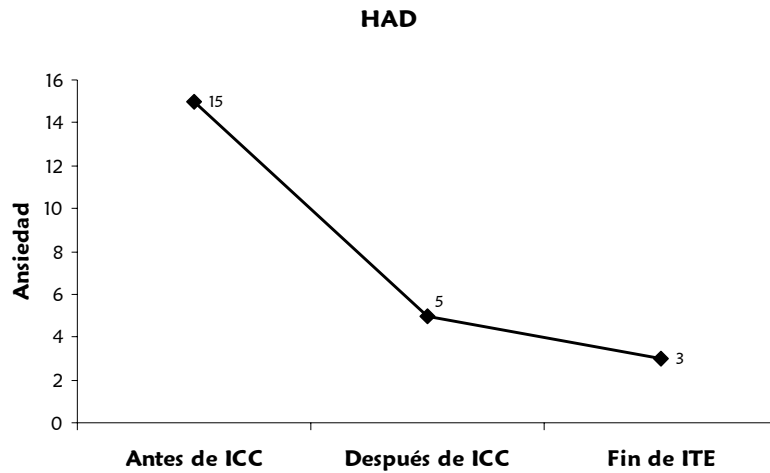


Figura 2. Puntajes de la comparación de medias de los valores de ansiedad del HAD

La Figura 3 muestra los valores de la comparación de medias del nivel de conocimientos de la Inyección Transforaminal de Esteroides a la que se iban a someter los pacientes antes y después de la Intervención Cognitivo – Conductual. Se observa un aumento en los valores de conocimientos de la ITE después de la intervención psicológica.

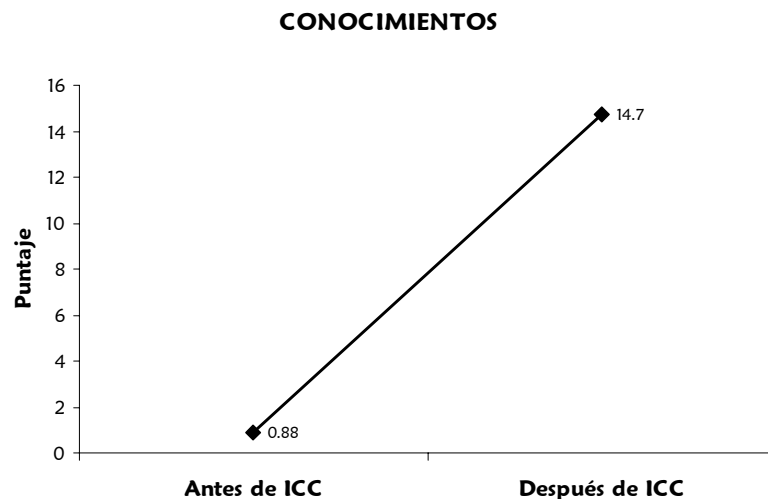


Figura 3. Puntajes de la comparación de medias de los valores de conocimientos de la ITE

EJEMPLO PACIENTE

A continuación se presentan los datos sociodemográficos de un paciente escogido al azar y tomado como ejemplo de comportamiento de los 25 participantes del estudio. Posteriormente se muestran los puntajes obtenidos de los instrumentos aplicados en las tres etapas de medición al mismo paciente. Finalmente se muestran gráficamente dichos puntajes.

Datos Sociodemográficos:

Paciente: MOD

Sexo: Femenino

Edad: 64 años

Estado Civil: Viuda

Escolaridad: 1º Secundaria

Ocupación: Comerciante

Religión: Católica

Dx. Médico: Compresión radicular L4 – L5

Dx Algológico: Dolor radicular evidenciado por resonancia magnética

Evolución del dolor: 3 años

Miedo más frecuente: Dolor durante la ITE

Utilizó medicamento anestésico durante la ITE: NO

En el siguiente cuadro (Cuadro VII) se observan los puntajes brutos de los instrumentos aplicados a la paciente en las tres etapas de medición; así como los niveles de conocimiento que presentó la paciente en las dos etapas de medición.

Cuadro VII. Puntajes brutos de los instrumentos utilizados antes y después de la ICC y al finalizar la ITE.

INSTRUMENTO	Antes de ICC	Después de ICC	Fin de ITE
IDARE – E	48(96)	12(15)	12(15)
HAD	19	4	3
MEC	29	29	29
Conocimientos	3	14	---

() puntajes centiles

La Figura 4 muestra los puntajes del IDARE-E, HAD y MEC en las tres etapas de medición, así como los niveles de conocimiento en las dos etapas de medición de un participante escogido al azar y tomado como ejemplo de la muestra. Se observa que los puntajes del IDARE-E disminuyen después de la ICC (48 – 12 puntos) y se mantiene al finalizar la ITE (12 - 12 puntos). En el caso de los

puntajes del HAD se muestra algo similar, ya que se reducen los niveles de ansiedad después de la ICC (19 – 4 puntos) y siguen disminuyendo al finalizar la ITE (4 – 3 puntos). El nivel de conocimientos aumenta de 3 a 14 puntos, mientras que los valores del MEC se mantienen estables en las tres etapas de medición (29 puntos).

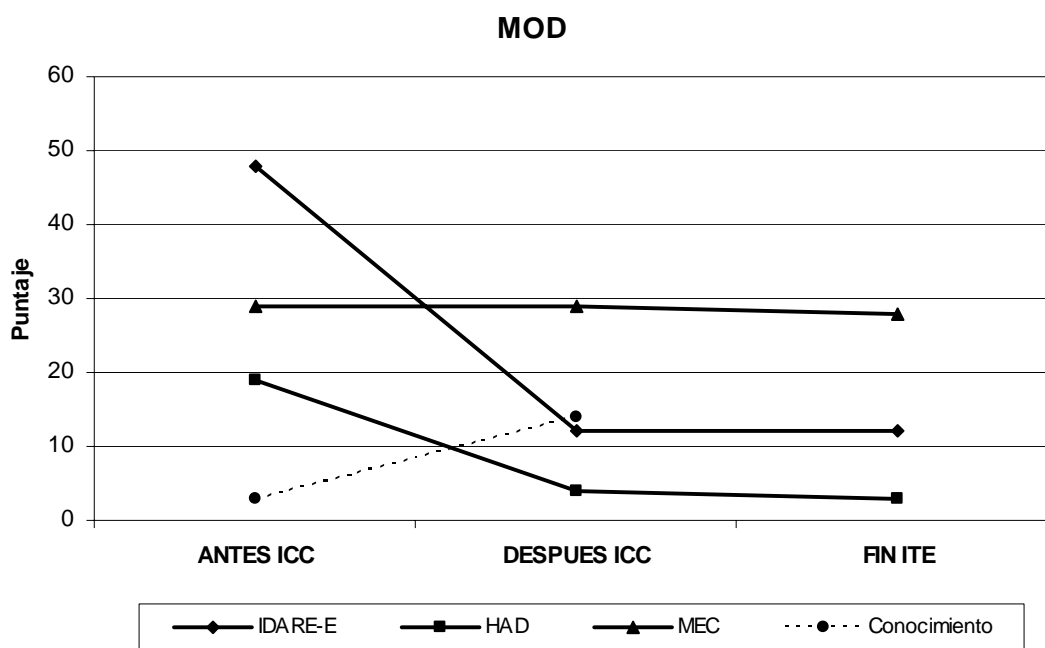


Figura 4. Puntajes de los 4 instrumentos utilizados para un paciente en las tres etapas de medición

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en explorar el efecto clínico de un protocolo de Evaluación e Intervención Cognitivo – Conductual para pacientes que van a ser sometidos a Inyección Transforaminal de Esteroides, midiendo el impacto del protocolo en indicadores de conocimiento y ansiedad antes, durante y después del procedimiento médico - intervencionista.

Con el empleo de la preparación Cognitivo Conductual prequirúrgica, se encontró que existe una disminución en los niveles de ansiedad de los pacientes antes de ser sometidos a un procedimiento invasivo; lo cual se corroboró por medio de los instrumentos (IDARE-E y HAD) ya que se pudo observar que la ICC, concretamente la Psicoeducación y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento para el dolor (Inoculación del estrés), tuvieron un impacto directo

en los niveles de ansiedad de los pacientes en sus tres diferentes fases de medición, impactando también en el aumento de conocimiento acerca de la ITE en los pacientes. Es por esto que nuevamente se reporta la necesidad de un abordaje multidisciplinario en los pacientes con dolor crónico (Cuencas, McCoy, Selby y McManemin, 1991; Gala, Lupiani, Guillén, Gómez y Lupiani, 2003; Knox y Todd, 2005; Plata, Castillo y Guevara, 2004; Turk, 2003), particularmente en este caso con los pacientes que van a ser sometidos a procedimiento médico intervencionista.

Los resultados de los instrumentos (IDARE y HAD) muestran la reducción de la ansiedad de manera significativa, esto es consistente con lo que han reportado diversos autores (Aguirre, 2001; Auerbach, 1973; Méndez, Macía y Olivares, 1993), quienes utilizaron este tipo de instrumentos en preparaciones quirúrgicas o invasivas. Sin embargo, este estudio mostró los beneficios de la ICC durante la ITE, lo cual no existía anteriormente en la literatura.

En cuanto al MEC se observa que no existe cambio con respecto al tiempo, lo cual era de esperarse, ya que las capacidades cognitivas de las personas no varían en períodos cortos. Es importante recalcar que el puntaje más frecuente fue de 29 y para la edad promedio de la población (65 años) se observa que es un puntaje alto, ya que se esperaba que registraran 24 o más. Esto puede ser por la dispersión de esta muestra ya que el rango de edad fue de 36 a 84 años, es decir, existió una diferencia de casi 40 años entre un sujeto y otro. De igual forma la aplicación del instrumento nos permitió ver que los datos del IDARE-E y HAD no se vieran afectados por otra variable extraña, es decir, los resultados del MEC nos muestran que la habilidad cognitiva de los pacientes no afectó los puntajes de los demás instrumentos y por lo tanto sus resultados pueden ser tomados con mayor confianza.

La impresión del médico intervencionista, enfermeros y psicóloga que realizó el presente estudio reportan que la cooperación de los pacientes aumentó antes, durante y después de la realización de la ITE; además el consumo de medicamentos ansiolíticos durante la realización del procedimiento invasivo disminuyó considerablemente. Estas observaciones verbales de los médicos encargados de la realización del procedimiento dejan una gran satisfacción profesional; sin embargo con la utilización de un grupo control se podría observar si estas impresiones tienen significancia.

De igual forma sería conveniente contar con datos epidemiológicos confiables del dolor crónico a nivel nacional, estatal e institucional de manera tal que se pueda acceder a ellos y poder basar investigaciones en sus datos. Principalmente con la finalidad de conocer la cantidad de personas que sufren este malestar crónico; así como las repercusiones emocionales, familiares y económicas que el padecimiento provoca.

Algunas de las limitaciones del estudio tienen que ver con los siguientes aspectos:
1) la muestra estudiada es pequeña y no representativa de los diferentes

diagnósticos médicos; 2) la efectividad del procedimiento psicológico debería observarse con la duración y signos vitales durante el procedimiento invasivo, sin embargo se requieren de registros objetivos de estos cambios; 3) lo que se obtuvo en este estudio de la ICC y su efecto positivo sobre la ansiedad no se puede comparar apropiadamente con otra muestra ya que no existió grupo control; 4) No se pudieron realizar otro tipo de análisis estadísticos debido a que la muestra que se obtuvo al final estuvo cargada (mayoría mujeres, baja escolaridad, amas de casa, etc.), lo cual impidió la realización de comparaciones.

De lo anterior emergen las siguientes sugerencias: 1) aumentar el número de casos en la muestra; 2) Llevar a cabo registros sistemáticos u objetivos de los cambios fisiológicos de los pacientes; 3) Definir estrictamente la ICC durante el procedimiento invasivo (ITE); 4) Realizar investigaciones con una sola ICC para optimizar el tiempo de preparación psicológica; 5) Llevar a cabo la misma ICC en otro tipo de procedimientos invasivos; 6) Manejar las implicaciones éticas que conlleva la realización de una investigación de este tipo con un grupo control; 7) llevar a cabo comparaciones entre los mismos sujetos de la muestra por sexo, edades, escolaridad, etc.

En conclusión, se determinó la efectividad de la ICC para la disminución de los síntomas de ansiedad en pacientes sometidos a ITE. Se necesita ampliar la muestra de la investigación controlando variables fisiológicas que nos informen de las ventajas de la participación psicológica concretamente con una sola ICC para optimizar el tiempo de intervención psicológica. La inclusión del psicólogo capaz de llevar a cabo una ICC es parte de las herramientas que un equipo multidisciplinario deberá tener para el manejo del paciente con dolor.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA CONDUCTUAL

INTRODUCCIÓN

La Medicina Conductual se originó como respuesta a la necesidad de un entendimiento psicológico e intervención conductual en el tratamiento de los trastornos médicos. La utilización de este enfoque multidisciplinario es cada vez más popular en las áreas de psicología, medicina y disciplinas afines (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982). Su práctica consiste en la aplicación de principios derivados de las ciencias conductuales en padecimientos crónicos que anteriormente sólo eran del dominio de la profesión médica.

Surgió en la década de los años 70, con la conferencia sobre Medicina Conductual impartida en Yale, en 1977 y el Congreso del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, efectuado en 1978. Estas reuniones fueron importantes para la definición y establecimiento de la Medicina Conductual como un modelo interdisciplinario. Los organizadores de estos congresos lograron la publicación de la Revista de Medicina Conductual (Journal of Behavioral Medicine) y establecieron el estudio de la Medicina Conductual como una sección del Instituto Nacional de Salud (Weiss y Shields, 1980). La definición propuesta desde 1978 ha sufrido ligeros cambios al pasar de los años, actualmente la conocemos de la siguiente forma:

“La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario interesado en el desarrollo de la ciencia conductual, psicosocial y biomédica, el conocimiento y las técnicas relevantes para comprender la salud y la enfermedad; y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Society of Behavioral Medicine, 2005, pág.1, 27).

El especialista en Medicina Conductual entrena al paciente en técnicas conductuales y cognitivas para alterar desde las funciones fisiológicas hasta las creencias, estilo de vida, relaciones interpersonales, conductas mal adaptadas, adquisición de nuevas conductas, etc., siendo el contexto médico la principal fuente de trabajo. Dentro de este ambiente se tratan particularmente las enfermedades Crónico – Degenerativas, siendo las siguientes las que han tenido mayor impacto en el ámbito médico por los logros psicológicos (mayor adherencia, disminución de ansiedad, depresión, etc.) que se han obtenido: Cáncer, Diabetes, Hipertensión, Insuficiencia Renal, desórdenes gastrointestinales, dolores de cabeza y dolores crónicos (Foreyt, 1990).

El éxito de la Medicina Conductual probablemente se deba a las características del modelo que incluye diferentes principios, metas y perspectivas teóricas. Entre los elementos mas importantes están:

- a) El énfasis multidisciplinario
- b) La consideración de integración de sistemas con los modelos que enfatizan la relación entre los sistemas biológicos y psicológicos, y los subsistemas sociales y ecológicos.
- c) El reconocimiento de las contribuciones del análisis experimental de la conducta, la aplicación del análisis de la conducta, la modificación de la conducta y la teoría cognoscitiva del aprendizaje.
- d) El reconocimiento de las raíces históricas de la psicofisiología humana y la biorretroalimentación clínica.

En ocasiones se ha confundido a la Medicina Conductual con la Psicología de la Salud, sin embargo la diferencia principal entre ambas es que la primera dirige sus acciones a personas con enfermedades físicas en un nivel predominantemente individual para dar tratamiento en los correlatos emocionales, cognitivos o conductuales que se asocian con el trastorno físico, utilizando un enfoque cognitivo conductual para tal valoración e intervención; mientras que la segunda se destaca por su énfasis en la salud, la prevención y la promoción de la misma especialmente en niveles comunitarios (White, 2001).

En México, en 1986 se establece el primer programa de formación a nivel posgrado, enmarcado en el modelo de residencias médicas, iniciándose la inclusión de los psicólogos en el ámbito hospitalario. A partir de 1992, el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud lleva a cabo el programa de residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud. En 1999 se modifica el término a Residencia en Medicina Conductual con psicólogos titulados y en formación de la especialidad participando en diferentes escenarios de los tres niveles de atención médica.

La Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual, es un programa desarrollado dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM la cual se encuentra en el marco de posgrados de excelencia de CONACYT. La parte académica y de supervisión se encuentra a cargo del personal docente y autoridades de la UNAM; y la parte práctica se desarrolla en las diferentes sedes de la Secretaría de Salud, las cuales cuentan con supervisores in situ y profesores titulares de la residencia.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

HOPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Fue fundado el 23 de agosto de 1847 bajo el nombre "Hospital de San Pablo" y cambió a "Hospital Juárez de México" (HJM) el 19 de junio de 1962 (Viveros, 2000). Durante el sismo de 1985 en la Ciudad de México, el Hospital Juárez sufrió daños irreparables por lo que fue reconstruido y reinaugurado el 19 de septiembre de 1989. Actualmente existe el Hospital Juárez del Centro y el Hospital Juárez del norte de la ciudad, siendo este último sede de la primera rotación de la maestría de Medicina Conductual.

Ubicación: El HJM se encuentra en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas CP 07760, México D.F.

Nivel de Atención: Es de tercer nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades y subespecialidades.

Servicios del HJM: El hospital cuenta con 7 edificios, 50 consultorios, 10 quirófanos, 4 niveles en la torre de hospitalización, 10 aulas, 1 auditorio, bibliohemeroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina y comedor. Se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades (Vargas, 2000).

Servicio de Trasplante Renal del HJM: Tiene una antigüedad dentro del HJM desde 1991. En el 2004 estaba formado por: un jefe de servicio, dos médicos adscritos, dos médicos residentes especialistas en cirugía que realizan curso de subespecialidad de trasplante renal por 12 meses, un médico residente especialista en cirugía que realizó una rotación de 6 meses para subespecializarse en trasplante renal, 19 enfermeras divididas en turno matutino, vespertino y nocturno, 1 jefa de la coordinación de trasplantes, 1 subjefa de la coordinación de trasplantes, 1 trabajadora social y 1 secretaria.

Líneas de autoridad: Se tenía como primera autoridad al jefe de servicio y la supervisora in situ. En los casos de permisos vacacionales también se debía solicitar autorización al jefe de enseñanza del HJM y al jefe del servicio de Psiquiatría Dr. Ricardo Gallardo.

Supervisión in situ: Durante la primera rotación se brindó apoyo de la Mtra. en Psic. Berta Molina Zepeda, psicóloga adscrita al servicio de Psicología del HJM.

Supervisión Académica: Se obtuvo supervisión de casos y apoyo bibliográfico de la Psic. Irma de la Torre; así mismo se obtuvo apoyo académico del Mtro. en Psic. Leonardo Reynoso Erazo.

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) puede definirse como una lenta y progresiva disminución de la función general del riñón que evoluciona hacia la acumulación de productos metabólicos de desecho en la sangre. Las lesiones en los riñones son producidas por diversas enfermedades (diabetes, lupus etc.) que pueden producir daños irreversibles. El deterioro en la función renal puede ser asintomático y solo las pruebas de laboratorio pueden evidenciar cambios en los incrementos del material de desecho principalmente la urea y la creatinina (Andreu y Force, 1997).

La necesidad frecuente de orinar es uno de los síntomas mayormente presentados en estados iniciales, aunque en otros pacientes se puede dar incremento de la tensión arterial. A medida que la enfermedad avanza se incrementa el número de el sustancias tóxicas en la sangre, produciendo una sensación de fatiga, pesadez generalizada y cansancio. También puede sentirse hormigueo en las extremidades. El diagnóstico de la enfermedad se realiza por medio de análisis de sangre ya que cambia el equilibrio normal de la sangre tornándola mas ácida (Brenner, 1997).

Estadísticas

En México la insuficiencia renal se encuentra dentro de las primeras doce causas de muerte, además de ser la tercera causa de muerte debido a complicaciones diabéticas (INEGI, 2002).

A continuación se muestran las principales causas de mortalidad general, por género y edad del fallecido:

Tabla 1 Principales causas de mortalidad General 2001

Causas	Defunciones
1. Enfermedades del corazón	70 610
2. Tumores malignos	56 210
3. Diabetes Mellitas	49 954
4. Accidentes	35 472
5. Enfermedades del hígado	27 856
6. Enfermedad cerebrovascular	25 731
7. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18 202
8. Influenza y Neumonía	11 390
9. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11 086
10. Agresiones (homicidios)	10 285
11. Insuficiencia Renal	9 298

Fuente: Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. INEGI, 2002.

En la tabla 1 se observan las primeras causas de muerte en México hasta el 2001, encontrándose en onceavo lugar la Insuficiencia Renal con 9298 defunciones.

Tabla 2 Principales causas de Mortalidad en Mujeres. México, 2001

Causas	Defunciones
1. Enfermedades isquémicas del corazón	34 577
2. Tumores malignos	29 151
3. Diabetes mellitus	27 577
4. Enfermedad cerebrovascular	13 919
5. Accidentes	8 429
6. Ciertas afecciones originadas en el períodoperinatal	7 696
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 968
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	5 211
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4 872
10. Insuficiencia Renal	4 489

Los totales no incluyen defunciones de mujeres residentes en el extranjero.

Fuente: Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, INEGI, 2002.

En la tabla 2 se observan las 10 principales causas de muerte de las mujeres en México, entre las cuales encontramos que en el último lugar se encuentra la Insuficiencia Renal.

Tabla 3 Principales causas de mortalidad en hombres. México, 2001

Causas	Defunciones
1. Enfermedades isquémicas del corazón	35 907
2. Tumores malignos	27 026
3. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	27 013
4. Diabetes mellitus	22 355
5. Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	20 873
6. Enfermedad cerebrovascular	12 002
7. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10 456
8. Agresiones (homicidios)	8 986
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6 212
10. Infecciones respiratorias agudas bajas	6 170
11. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4 831
12. Insuficiencia Renal	4 805

Los totales no incluyen defunciones de hombres residentes en el extranjero

Fuente: Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. INEGI, 2002.

En la tabla 3 se observan que las enfermedades del riñón en los varones de México ocupan el doceavo lugar con 4805 defunciones.

Tabla 4 Mortalidad de Insuficiencia Renal por grupos de edad. México, 2001

Edad	Lugar de la IR (orden de importancia)	Defunciones
Menores de un año	11º	108
1 – 4 años	17º	48
5 – 4 años	6º	173
15 – 24 años	7º	382
25 – 34 años	10º	405
35 – 44 años	11º	496
45 – 64 años	7º	2224
65 años o más	11º	5431

Los totales no incluyen defunciones de hombres residentes en el extranjero

Fuente: Estadísticas Demográficas. INEGI, 2002.

La tabla 4 muestra la mortalidad de la insuficiencia renal dividida por grupos de edad en donde se observa que a mayor edad aumenta el número de defunciones. El lugar que ocupa en las causas de mortalidad general fluctúa entre el lugar 6 y el 17 sin un orden aparente.

Tabla 5. Defunción debido a complicaciones de la diabetes 1997 y 2001

Complicaciones de la DM	CIE 10 ^a	
	1997*	2001*
Coma	3.9	4.5
Cetoacidosis	5.2	3.2
Complicaciones renales	30.0	30.4
Complicaciones oftálmicas	0.0	0.0
Complicaciones neurológicas	0.3	0.2
Complicaciones de la circ. Periférica	1.4	1.3
Otras complicaciones especificadas	20.7	17.6
Complicaciones múltiples	21.5	24.4
Complicaciones inespecíficas	2.8	3.6
Sin mención de complicaciones	14.1	14.9

(tasa X 100,000 hab)

Fuente: Estadística Demográfica. INEGI, 2002.

En la Tabla 5 se muestran los índices defunción de las complicaciones de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus. Se observa como la insuficiencia renal tiene el índice más alto de las posibles complicaciones por las que un diabético puede morir.

De todo lo anterior se puede observar que la IRCT es una enfermedad mortal a corto o mediano plazo, sin embargo desde la aparición de las terapias de sustitución y el trasplante renal se ha incrementado con éxito la sobrevivida de los pacientes que la padecen (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002).

MÉTODOS SUSTITUTIVOS

Los procedimientos para compensar la función renal o terapias sustitutivas son principalmente dos: la diálisis y la hemodiálisis, el primer procedimiento tiene como objetivo la extracción de productos de deshecho y la eliminación del exceso de agua, el segundo procedimiento extrae la sangre del cuerpo y la pasa a un aparato que filtra las sustancias de desecho, devolviendo la sangre purificada (Lazarus y Denker, 1997). La esperanza de vida para pacientes en diálisis peritoneal es de 2 a 3 años, mientras que en la hemodiálisis es de 5 años promedio (Ramírez, 2000). Cuando alguno de los procedimientos anteriormente citados ya no compensa la función renal, generalmente se prescribe trasplante de riñón (Lazarus y Denker, 1997).

Trasplante Renal

Los trasplantes de órganos y tejidos humanos, consisten en transferir un tejido u órgano, de su sitio original a otro diferente funcionando, esto puede ser dentro de

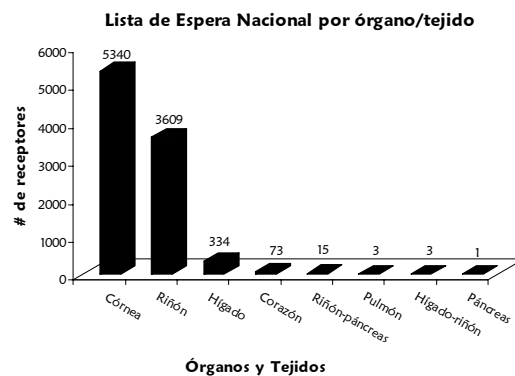
un mismo individuo o bien de un individuo a otro, con el propósito de restaurar las funciones perdidas del mismo, sustituyéndolo por uno sano. La persona que recibe los beneficios del trasplante, se denomina receptor, ya que recibe un órgano, tejido, células o productos en su organismo para realizar la misma función que realizaban en el donador.

Estadísticas

En México la lista de donadores crece cada día; sin embargo, la demanda de órganos y tejidos rebasa por mucho al número de personas que están siendo conscientes de querer dar vida después de la vida. Las principales causas por las que no existe una mayor cultura a la donación implican las siguientes razones: Dificultad en encontrar al donador ideal, falta de información acerca de este tema, creencias religiosas o culturales de las personas o simplemente a la poca infraestructura de algunos hospitales para detectar, conservar y manejar al posible donador y a sus familiares (Rodríguez, Pérez, Rojas, Reyes y Méndez, 2004).

A continuación se muestran las gráficas de la lista de espera nacional y de los trasplantes de riñón realizados desde el 2000 en México; así como el número de trasplantes realizados en el HJM desde el año 1991.

Gráfica 1. Lista de Espera Nacional Activos por Órgano/Tejido



Fuente: CENATRA, 2006.

En la gráfica 1 se observa el número de receptores en lista de espera de un órgano o tejido. Los pacientes esperando un riñón se encuentran en segundo lugar, después de los que están en lista de espera para córneas.

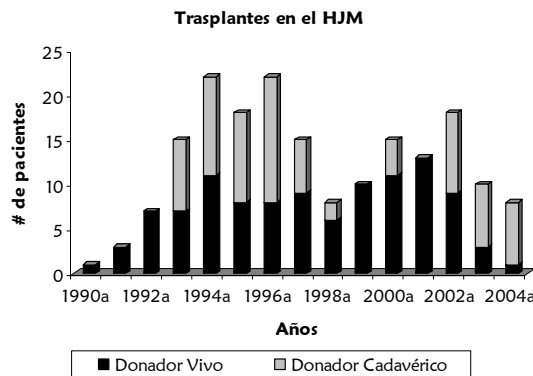
Gráfica 2. Número de trasplantes realizados del 2000 al 2005 en México



Fuente: CENATRA. 2006

La gráfica 2 muestra el incremento en la realización de trasplantes de riñón de donador vivo relacionado y cadavérico desde el año 2000 a la fecha.

Gráfica 3. Número de Trasplantes realizados en el HJM de 1991 al 2004



Fuente: CENATRA, Registro Nacional de Trasplantes, 2006.

La Gráfica 3 muestra el número de trasplantes de donador vivo relacionado y cadavérico realizados desde que inició el servicio de trasplantes en el HJM hasta el año 2004.

Repercusiones psicológicas

El ser diagnosticado con IRCT es en sí un evento estresante para el paciente sumándole las emociones que implica el ser sometido a algún método sustitutivo (diálisis o hemodiálisis). Además, a esto se le debe aumentar el estrés que genera el ser candidato a trasplante renal y formar parte de un protocolo el cual implica evaluar al paciente desde el punto de vista médico, psicológico y social con el objetivo de llegar a un acuerdo y dictaminar si es candidato o no a la realización de la cirugía de trasplante renal. Todo esto impacta en el paciente a diferentes niveles por lo que una adecuada atención psicológica marcará la diferencia en el éxito o no del trasplante renal antes, durante y después del mismo.

Las consecuencias emocionales que presentan los pacientes con IRC son principalmente la disminución y pérdida de la autonomía (Buchanan y Abram, 1989); ansiedad (Long, 1989; Symister y Friend, 1996); depresión (O'Donnell y Chung, 1997); falta de apego al tratamiento o poca adherencia al tratamiento (Brickman y Yount, 1996); cambio de rol y problemas sexuales (Long, 1989; Symister y Friend, 1996).

Todos los pacientes comparten un mismo estresor; sin embargo, no todos responden de igual forma, esto probablemente esté asociado a la evaluación secundaria de los sujetos con respecto al estresor (Lazarus y Folkman, 1994); el apoyo familiar (Christensen, Turner, Slaughter y Holman, 1989); autoeficacia (Bandura, 1997) y a la participación multidisciplinaria dentro del hospital (Stapleton, 2000).

La realización de un trasplante requiere debilitar con medicamentos al sistema inmune del receptor para disminuir el riesgo de rechazar el órgano. Junto con la inmunosupresión del paciente, es necesario aislar al receptor para reducir la posibilidad de adquirir otras enfermedades causadas por virus, bacterias u hongos. Dicho aislamiento puede durar de 12 a 40 días en los cuales se restringe la posibilidad de tener contacto con cualquier persona a excepción de médicos y enfermeras quienes llevan a cabo los cuidados de esterilización previamente (Campos, 2002).

Existen pocas investigaciones acerca de la atención psicológica de los pacientes trasplantados. Dentro de las principales, se han reportado que existen diferencias entre los pacientes que forman parte de protocolos de donador vivo relacionado y donador cadavérico, siendo lo últimos más susceptibles a presentar episodios de ansiedad intensos, debido principalmente a las características particulares de dicho protocolo (Terán, Ruiz, Estrada, Barajas y Díaz, 2001). Por su parte, Rundel y Hall (1997) han estudiado las características psiquiátricas de los pacientes que son candidatos a trasplante renal, encontrando una amplia gama de patologías psiquiátricas. Los pacientes trasplantados pueden llegar a desarrollar síntomas psicóticos como lo reportan Sill, Popkin y Najarian (1992, citado en Rundell y Hall, 1997) donde muestran el caso de un paciente de 37 años trasplantado, el cual desarrolló síntomas psicóticos; le administraron neurolépticos sin éxito alguno, posteriormente el paciente solicitó que se le fuese retirado el riñón, los autores atribuyeron esto a una falla en la integración psicológica del paciente acerca del órgano trasplantado.

Todo lo anterior resalta la importancia de llevar a cabo un programa de intervención psicológica adecuada en pacientes con insuficiencia renal y candidatos a trasplante renal, ya que en el ambiente hospitalario, principalmente en el servicio de trasplantes, son comunes los problemas de estrés, ansiedad, depresión, miedos e inadaptación.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En la generación anterior a mi rotación dentro del Servicio de Trasplante Renal se trabajaba de manera independiente; es decir, las psicólogas de la residencia de Medicina Conductual realizaban sus labores de manera independiente a lo realizado en el Servicio de Trasplante renal con los médicos adscritos y residente. Debido a esta situación, la presentación oficial con el Jefe de Servicio se llevó a cabo 15 días posteriores a nuestra inclusión en el servicio y fue realizada en conjunto con la Supervisora in situ y la Supervisora académica.

Las principales funciones que se llevaban a cabo antes de mi rotación en el servicio de Trasplantes por parte de los residentes de Medicina Conductual, eran principalmente valoración psicológica de los pacientes con Insuficiencia renal Crónica Terminal (IRCT) y ver si cumplían con criterios para ser trasplantados o no. Se tenía un protocolo establecido (mostrado por las psicólogas anteriores en la inducción al servicio), el cual ha sido modificado con cada generación de psicólogos; sin embargo, existe una idea central la cual se retoma en esta rotación.

El contexto de las intervenciones individuales y grupales se llevaron a cabo en la sala de juntas del Servicio de Trasplante Renal la cual constaba de un espacio físico de 8 x 3 m. aprox., 20 sillas, 2 escritorios, 1 TV y baño; espacio suficiente para poder brindar una atención psicológica adecuada a los pacientes. De igual forma durante el periodo de aislamiento de los pacientes se podía tener privacidad suficiente ya que son 3 aislados, en donde 2 presentan las siguientes características: 5 x 5 m. aprox., con 2 camas o 1 cama y 1 sillón, tripié, 1 ventana; y 1 aislado de 6 x 5 m. aprox., con 2 camas o 1 cama y 1 sillón, campana de flujo laminar (donde se esterilizan los medicamentos del paciente), tripié y 1 baño, generalmente en este último aislado ponen al paciente de recién trasplante para que evite al 100% todo contacto con el exterior y así no presente rechazo agudo del injerto. Algunas intervenciones psicológicas se llevaron a cabo durante la Consulta Externa, sin embargo por el espacio físico tan reducido y compartido con los médicos trasplantólogos y nefrólogos se prefería dar cita a los pacientes, excepto en intervenciones en crisis, principalmente con diagnósticos de rechazo del injerto.

Las actividades que se realizaron durante la rotación en el Servicio de Trasplante Renal fueron:

Pase de Visita: Diariamente por todo el hospital se realizaban visitas para observar si existían pacientes que fueran donadores potenciales (pacientes diagnosticados con muerte cerebral); esto con la finalidad de apoyar a la familia del donador en su duelo. No se realizaban las peticiones de órganos, ni se hablaba del tema con la familia, únicamente se les ofrecía el apoyo psicológico en caso de que lo creyeran necesario.

Clases teóricas y sesión de trasplantes: De lunes a jueves se preparaban clases sobre IRCT, urología, nefrología, trasplantes, psicología, trabajo social y nutrición. Las clases eran dadas por los residentes médicos, psicólogos y nutriólogos, médicos adscritos, trabajadora social y coordinadoras del servicio de trasplantes. La duración era de una hora incluyendo preguntas y comentarios finales; esto era con el fin de que todos los integrantes del servicio conociéramos las actividades de todos y pudiéramos tener un panorama multidisciplinario del paciente con IRCT candidato a trasplante renal.

Pláticas de primera vez: Cada 15 días se programaba una plática con familiares y pacientes que ingresaban por primera vez al servicio de trasplante renal. Se les daba un panorama general de los que es el protocolo de trasplantes desde las tres áreas de estudio (médica, psicológica y social) con el fin de aclarar dudas y creencias que el paciente o la familia pudieran tener.

Evaluación psicológica del donador y receptor: Existen criterios psicológicos que deben tener el paciente candidato a trasplante o el donador vivo relacionado para donar un órgano en vida. En el HJM se siguieron los criterios establecidos bajo un protocolo de evaluación psicológica publicado en Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado y Reynoso (2001), el cual tiene como objetivo cumplir con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de Donación y Trasplantes publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 26 de mayo del 2000 y en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, con respecto a los criterios de inclusión del receptor y del donador vivo relacionado. La Evaluación consistía en aplicar los siguientes instrumentos: Entrevista Estructurada para Trasplante Renal para donador y receptor de vivo relacionado y cadavérico (EETR), IDARE, Escala de Adherencia terapéutica, BAI, BDI, Inventario de Personalidad 16PF. Se daba retroalimentación de los resultados a los pacientes y donadores.

Preparación para los pacientes candidatos a trasplante (donador vivo relacionado y/o receptor): Según lo detectado con la entrevista, instrumentos y habilidades clínicas, se veían los excesos y déficits de los pacientes para posteriormente trabajar en ellos y prepararlos para que cumplieran con los criterios psicológicos de inclusión. Se realizaban técnicas cognitivas y conductuales para disminuir su ansiedad, aumentar los niveles de conocimientos sobre el trasplante, la cirugía, cuidados preoperatorios, toma de medicamentos (principalmente inmunosupresores), periodo de aislamiento, tiempos de espera, adherencia al ejercicio, dieta y medicamentos, etc.

Realizar resumen de valoración psicológica: La Coordinación de Trasplantes debería tener un expediente completo del paciente, es decir conjuntar los resúmenes de las tres áreas que forman el protocolo. El resumen psicológico informaba que el paciente y/o donador eran candidatos aptos para la realización del trasplante ya que se basaba en los criterios de inclusión antes mencionados. Se le leía al paciente el resumen y posteriormente se le invitaba a firmarlo, de

igual forma el documento contenía las firmas de la psicóloga que lo elaboró y el VoBo del Jefe de Servicio del Dpto. de Psiquiatría (Ver Anexo 5).

Llevar a los pacientes candidatos a trasplantes con el Dr. Ricardo Gallardo para que diera el **VoBo de la valoración psicológica**: Se citaba a los pacientes únicamente para que el Dr. Gallardo tuviera una entrevista con los pacientes y/o donadores y corroborara lo plasmado en el resumen psicológico, en caso de estar de acuerdo con lo que leía, se daba el VoBo a través de su firma, de lo contrario daba sugerencias a la psicóloga a cargo para mejorar las habilidades del paciente y poder estar psicológicamente apto para el trasplante.

Apoyo Psicológico en el tiempo de espera para que les dieran fecha de la cirugía: El tiempo de espera que pasaban los pacientes, principalmente los de donación cadavérica era indeterminado, es decir, no sabían la fecha exacta de su cirugía, por lo que el apoyo psicológico durante este periodo jugaba un papel importante. Se manejó principalmente la tolerancia a la frustración y la disminución de la ansiedad ante lo incierto del tiempo. Parte importante de este trabajo fue el grupo de protocolo de donación cadavérica, el cual se reunía cada mes donde se manejaban estos temas y se veían unos a otros con síntomas similares y cómo los enfrentaban.

Grupo de pacientes con IRCT en protocolo de donador cadavérico: Una vez al mes se reunían los pacientes que ya habían completado los tres criterios de inclusión para formar parte de la lista de espera de donador cadavérico. En ese grupo se manejaban aspectos como la depresión, ansiedad, autocuidados, prevención de peritonitis, fortalecimiento de la adherencia terapéutica, psicoeducación (enfermedad, cirugía, cuidados postoperatorios), actividades que podían y no podían realizar, tolerancia a la frustración, enojo, apoyo emocional entre ellos, etc.

Apoyo Psicológico en el periodo perioperatorio: La noticia de la cirugía próxima en las siguientes horas generaba estrés en los pacientes y familiares, por lo que antes de realizarse el trasplante se tenía que poner en práctica el entrenamiento en relajación que se había tenido con los pacientes. Se pasaba tiempo con el paciente realizando las técnicas de relajación y distracción durante el "transfer" (cuarto antes de llegar al quirófano) y durante la colocación de la anestesia. Durante la cirugía se trabajaba con la familia, la cual estaba igualmente estresada y ansiosa. Al terminar la cirugía (aún en quirófano), se apoyaba a los médicos anestesiólogos para despertar al paciente y orientarlo en espacio, tiempo y lugar. En la mayoría de los casos esto se realizaba en la madrugada, debido a las condiciones en que tiene que llevarse a cabo un trasplante el cual se demoraba más tiempo del que se estipulaba en el contrato como residente de Medicina Conductual, quedándome todo el día y toda la noche en el HJM para observar todo el procedimiento y poder llevar a cabo el apoyo psicológico de la manera antes descrita. Al llevar al paciente al cuarto de aislamiento se esperaba a que el médico trasplantólogo viera que no existía peligro desde el punto de vista médico para que otras personas ingresen y así poder estar con el paciente y ver

que no existieran complicaciones psicológicas con él, además de repasar lo visto anteriormente con él sobre el asilado.

Apoyo psicológico durante el periodo de aislamiento: Debido a que el tiempo que debe permanecer el paciente dentro del cuarto de aislamiento es indefinido y va a depender principalmente de las condiciones médicas del paciente y del injerto, es importante entrenar al paciente para que pueda sobrellevar ese momento. Como el paciente se encuentra con sus defensas al mínimo para evitar que su organismo rechace el nuevo órgano (riñón), se debe evitar cualquier tipo de contacto externo a excepción de los médicos, enfermeras y psicóloga, quienes con los cuidados necesarios pueden pasar y apoyar al paciente durante su convalecencia, sin embargo con lo observado durante la residencia se hace necesario tener mayor tipo de entrenamiento estructurado y protocolizado con los paciente y el periodo de aislamiento ya que puede durar de 7 a 40 días, además de realizar algo igualmente estructurado con los familiares quienes deben permanecer todo ese tiempo en el hospital por indicación médica.

Consulta Externa: Se realizaba el seguimiento de los pacientes trasplantados por medio de la consulta externa en donde se detectaba alguna conducta o pensamiento que tuvieran los pacientes, los cuales pusieran en peligro el injerto o la vida del receptor. De igual forma se detectaban donadores que tuvieran algún síntoma psicológico que necesitara atención. Se realizaba intervención en crisis con pacientes que recibían el diagnóstico de rechazo inminente del injerto y debían volver a un método sustitutivo (diálisis o hemodiálisis) hasta que su organismo pudiera recuperarse y volver a intentar otro trasplante. La Consulta Externa también permitía ver la dinámica familiar antes de que estuvieran sometidos al protocolo de trasplantes y querer mostrarse de manera diferente a la realidad; es decir, tener deseabilidad social.

Elaboración de notas clínicas: Cada vez que se atendía a un paciente se realizaba una nota clínica en los expedientes del servicio de Trasplante Renal con el fin de dejar constancia del trabajo realizado con el paciente por el servicio de psicología. Durante el periodo de aislamiento se realizaban notas clínicas en el expediente de Trasplantes y en el expediente clínico del HJM, con el fin de dejar constancia del trabajo multidisciplinario realizado con el paciente; esto fue por petición del Jefe de Servicio.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DURANTE LA ROTACIÓN

Además de las actividades propias del servicio de Trasplante Renal, se tenían otras actividades dentro del hospital que implicaban el desarrollo profesional de los residentes. Las actividades fueron las siguientes:

Supervisión de casos: Una vez a la semana la Psic. Irma de la Torre supervisaba casos difíciles del servicio de trasplante renal, nos brindaba literatura acerca de terapia cognitivo – conductual en pacientes con IRCT, ansiedad

preoperatoria y apoyo durante la cirugía. Además se planteaban problemáticas que interferían con el desempeño dentro del servicio. De igual forma una vez a la semana la Mtra. en Psic. Berta Molina supervisaba casos en sesiones conjuntas con todos los residentes de medicina conductual para que todos conociéramos la dinámica a seguir en cada uno de los servicios donde estaba rotando algún residente.

Clases teóricas de Terapia Cognitivo – Conductual: dos horas a la semana nos daba clases de TCC y TRE la Mtra en Psic. Berta Molina Zepeda en su cubículo dentro del HJM.

Sesión Clínica: Una vez a la semana se llevaba a cabo la sesión clínica del servicio de psicología. Se realizaba en el salón 10 del departamento de enseñanza. Dos veces al año tocaba exponer el caso clínico a cada residente de medicina conductual y psicólogos adscritos enfrente de los demás integrantes del servicio de psicología (7 psicólogos adscritos, 10 residentes de medicina conductual, 1 jefe de servicio de psiquiatría, y en algunas ocasiones, jefes de servicio o médicos del servicio a cargo del paciente presentado) para recibir retroalimentación del caso clínico. En mi caso me tocó exponer el caso clínico en el mes de junio y septiembre del 2004.

Horario de actividades durante la rotación

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8 – 8:30	Pase de visita (captar donadores)	Pase de visita (captar donadores)	Pase de visita (captar donadores)	Pase de visita (captar donadores)	Pase de visita (captar donadores)
8:30 – 9	Paciente	Clase trasplantes	Sesión trasplantes	Clase trasplantes	Paciente *
9 – 10	Paciente	Clase trasplantes	Sesión trasplantes	Consulta Externa	Consulta Externa
10 – 11	Paciente	Supervisión de casos	Sesión clínica	Consulta Externa	Consulta Externa
11 – 12	Aislado o visita a piso	Aislado o visita a piso	Aislado o visita a piso	Aislado o visita a piso	Aislado o visita a piso
12 – 1	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Clase TCC
1 – 2	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Clase TCC

* Se lleva a los pacientes con el Dr. Ricardo Gallardo para firma de VoBo del reporte, con el fin de cumplir criterio de inclusión para trasplante.

- φ Lunes de 8 a 11: el último lunes de cada mes se cita a grupo de PTRDC para revisión médica, social y psicológica.
- φ Se llevan a cabo pláticas (médicos, psicólogas y trabajadora social) de primera vez a pacientes con IRCT y familiares dentro de los horarios de pacientes sin tener un día u horario fijo.

- φ El horario de la tarde no se cuenta ya que no se sabe los días en que va a ver trasplante de donación cadavérica y se prolonga la estancia en el hospital hasta el día siguiente en donde se realizan las actividades normalmente.
- φ Los sábados y domingos se asiste al hospital a pasar visita en caso de tener pacientes trasplantados y en periodo de aislamiento.

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS

La necesidad de preparar adecuadamente al paciente con IRCT candidato a trasplante renal fue uno de los principales trabajos que el Jefe de servicio solicitaba a las residentes de Medicina Conductual, por lo que se propuso una forma estructurada de llevar a cabo tal objetivo. Así, como ya está estructurada la manera de evaluar al paciente y los criterios que debe tener tanto el donador como el receptor, de igual forma se diseñó una propuesta de protocolo de preparación psicológica para el paciente candidato a trasplante renal.

Además, debido a la gran demanda de pacientes de primera vez en el servicio de trasplantes (inician protocolo de estudio de las tres áreas), se decidió trabajar en una propuesta de preparación grupal con el fin de lograr que más pacientes lleguen bien preparados en menos tiempo. Sin embargo, por cuestiones de tiempo y exceso de trabajo secundario a problemas con el Jefe de Servicio y Médicos adscritos por parte de mi compañera psicóloga, solamente se cuenta con los resultados de un piloteo del programa (Ver anexo 6) cuyos resultados se muestran a continuación:

Objetivo: Preparar al paciente candidato a trasplante renal para la cirugía, periodo de aislamiento y cuidados postrasplante.

Procedimiento:

Paso 1: Captar pacientes de recién ingreso a protocolo de trasplantes

Paso 2: Proponerles participar en el programa

Paso 3: Llevar a cabo el programa dividido en 6 sesiones:

- Sesión 1 Bienvenida, conocimiento del personal psicológico y aplicación de instrumentos.
- Sesión 2: Conocimiento del personal médico y del funcionamiento del riñón.
- Sesión 3: Conocimiento del periodo de aislamiento y de la inmunosupresión.
- Sesión 4: Presentación del personal de enfermería y algunos pacientes ya trasplantados. Conocimiento de los autocuidados antes, durante y después del trasplante. Elaborar registro de autocontrol. Darles hojas de autocuidados (Ver Anexo 7). Practicar relajación autógena e imaginería.
- Sesión 5: Fomentar el autocontrol en los pacientes. Practicar la relajación autógena e imaginería.
- Sesión 6: Seguimiento del paciente y aplicación de instrumentos

Paso 4: Seguimiento individual

Resultados: Quedaron plasmados con el número de registro: HJM948/04.06.14 en la Dirección de Investigación y Enseñanza del Hospital Juárez de México. A manera general se observó una disminución de los niveles de ansiedad y depresión; así como una adecuada adherencia a la restricción de la dieta y líquidos por medio de una medida indirecta (peso de los pacientes).

PC	Sexo	BAI Pre	BDI Pre	BAI Post	BDI Post	Peso inicial	Peso final
1	Masc	8	7	4	5	73	72.4
2	Fem	21	13	5	6	63	63
3	Masc	14	11	4	3	70	70.8
4	Fem	9	12	6	9	64.6	63.5
5	Fem	11	15	7	10	45	46

Evaluación: El llevar a cabo un protocolo estructurado de preparación psicológica fue una aportación al servicio de trasplante renal, ya que, anteriormente se hacía de manera individualizada y según los criterios de cada psicólogo residente.

El programa está diseñado para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente; por ejemplo, en la elección de actividades durante el periodo de aislamiento, y, de esta forma, incrementar la posibilidad de adherirse al tratamiento.

En las sesiones que se plantean en el programa se menciona la participación de los médicos, psicólogos, enfermeras y otros pacientes ya trasplantados. Esto lo hace un programa de tratamiento integral y con mayores posibilidades de éxito.

La principal aportación reside en el tiempo de preparación, el cual aumenta la cantidad de pacientes que pueden ser preparados adecuadamente y cumplir los criterios establecidos para estar en la lista de espera o bien poder enfrentar la cirugía y los cambios que vienen posteriores a ella.

Hace falta un estudio propiamente hecho y no un piloteo como aquí se realizó, además de tener muy en cuenta los parámetros éticos que conlleva la utilización de un grupo control ya que el no dar este tipo de entrenamiento a algunos pacientes puede ser fuente generadora de conflictos.

Además se podría plantear la inclusión de familiares a este programa, con el fin de disminuir niveles de ansiedad por parte de algunos integrantes de la familia que van a ser donadores o que simplemente están preocupados por la cirugía a la que será sometido el paciente.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN

El servicio de Trasplantes en el Hospital Juárez de México cuenta con la integración de un equipo multidisciplinario que incluye las áreas médica, psicológica y social. Esto ayuda a que los pacientes perciban un ambiente integral y le den el mismo valor a cada una de ellas.

Su población es menor comparada con otros servicios, por lo que el tiempo destinado para cada paciente es mayor. El servicio fue cubierto desde marzo del 2004 a febrero del 2005 casi en su totalidad por dos psicólogas, cada una teníamos un número equivalente de pacientes; sin embargo, a finales de noviembre el servicio fue cubierto únicamente por una sola: Psic. Areli Reséndiz Rodríguez.

Características de la población

Los pacientes del Servicio de Trasplantes están diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y han pasado por el área social para cubrir criterios socioeconómicos, en su mayoría son de sexo masculino y oscilan entre los 16 y 45 años de edad. Los donadores son personas aparentemente sanas que han decidido por propia voluntad y sin coacción alguna donar un órgano (riñón), la edad mínima de los donadores vivos es de 18 años y la máxima es de 60, en cuanto al cadavérico es indeterminada. La mayoría provenían del Estado de México y Distrito Federal, sin embargo, se tuvieron pacientes de Chiapas (3), Guerrero (2), Veracruz (1) y Nicaragua (1).

Intervención Psicológica

Entrevistas de primera vez: Con el equipo multidisciplinario se capta al paciente, se identifican posibles donadores y se les brinda un panorama general de lo que es el protocolo de trasplante renal (vivo relacionado y cadavérico).

Psicoeducación: Se da educación para la salud del protocolo de valoración psicológica, cirugía de trasplante renal, periodo de aislamiento, interconsultas y estudios que se deberán realizar.

Intervención en crisis

- φ Se da en pacientes que tienen un familiar con datos de muerte cerebral y que pueden ser posibles donadores cadavéricos.
- φ Se aplica en pacientes que fueron llamados de la lista de espera de donador cadavérico y van a ser trasplantados.
- φ En pacientes que se encuentran en el aislado con un episodio de crisis.
- φ Se les da a pacientes que serán sometidos a estudios de laboratorio o gabinete invasivos.

Evaluación: Se aplican pruebas psicológicas a donadores y receptores a fin de ver si son candidatos aptos para someterse a una cirugía de trasplante renal.

Manejo de grupos

- φ Grupo en protocolo de donador cadavérico el cual se reunía una vez al mes (15 pacientes promedio).
- φ Grupo de protocolo de preparación psicológica en pacientes candidatos a cirugía de trasplante renal (5 pacientes por grupo).

Psicoterapia

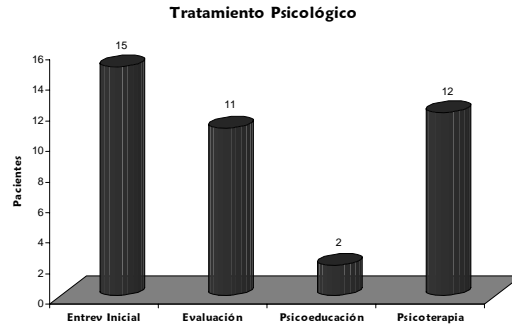
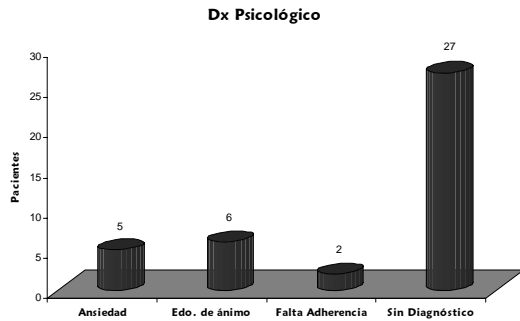
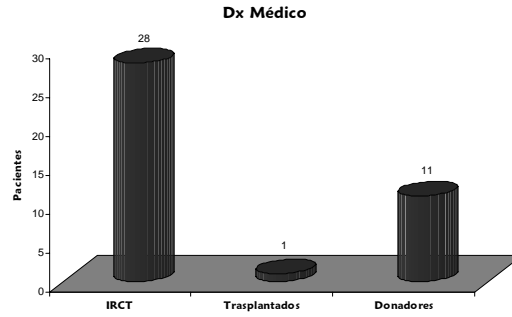
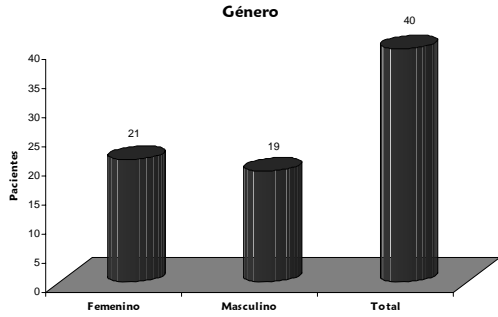
- φ En caso de detectar que un paciente no estaba apto se trabajó con él para capacitarlo y darle las herramientas necesarias para que reuniera los requisitos de inclusión; todo esto por medio de la TCC y TRE.
- φ Técnicas cognitivo – conductuales empleadas: principalmente se emplearon la terapia racional emotiva, solución de conflictos y toma de decisiones, inoculación del estrés, relajación y la visualización e imaginería guiada.
- φ Dando seguimiento a los pacientes trasplantados o donadores de años anteriores.

Estadística de la población atendida

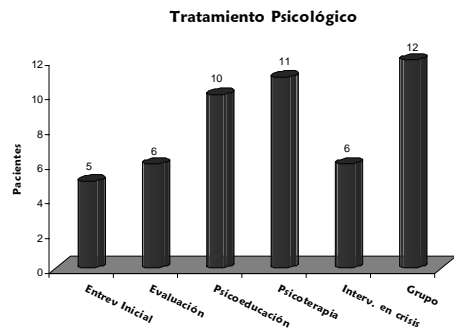
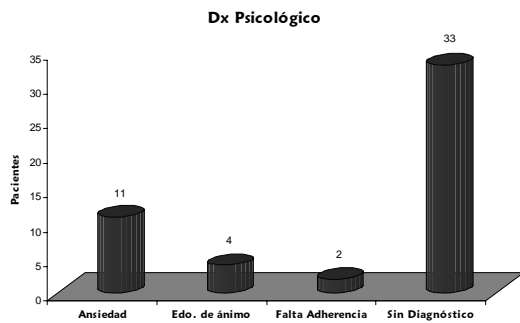
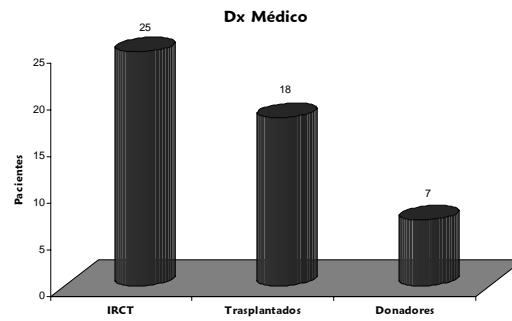
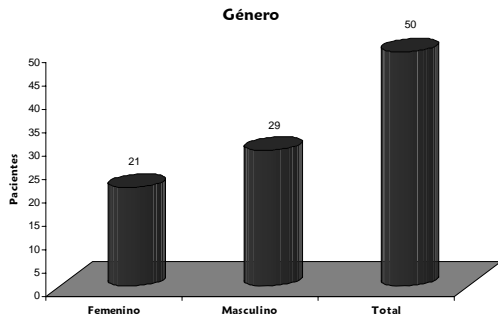
Las gráficas que se presentan a continuación se reportan por mes y se dividen en:

- 1.- Género: masculino y femenino
- 2.- Diagnóstico Médico: IRCT, Trasplantados y Donadores
- 3.- Diagnóstico psicológico
- 4.- Tratamiento psicológico

MARZO

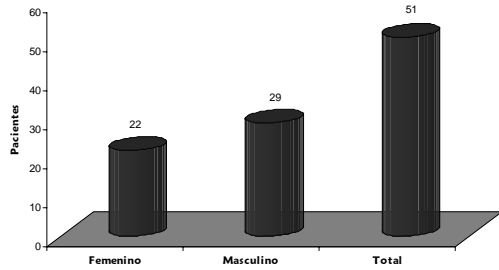


ABRIL

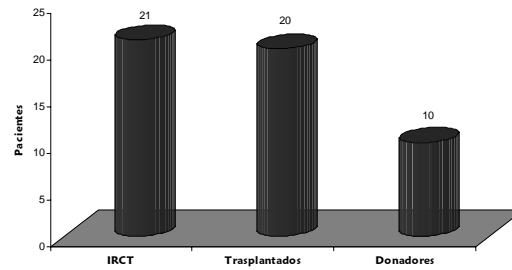


MAYO

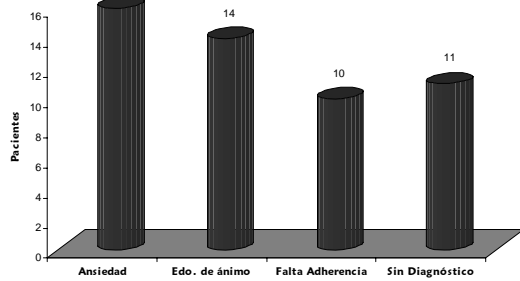
Género



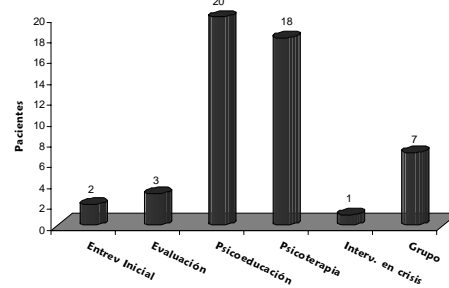
Dx Médico



Dx Psicológico

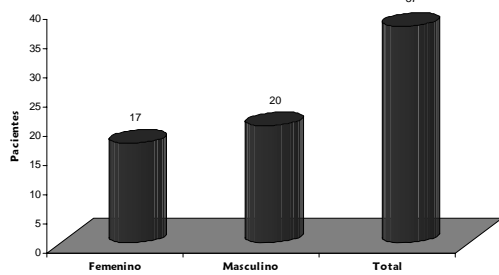


Tratamiento Psicológico

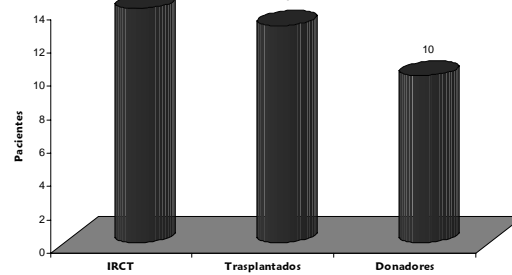


JUNIO

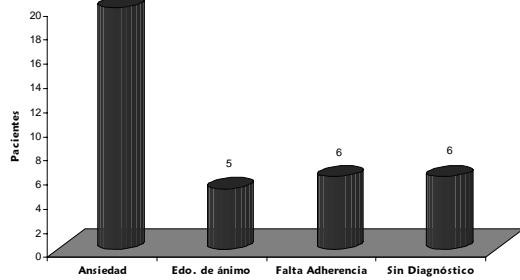
Género



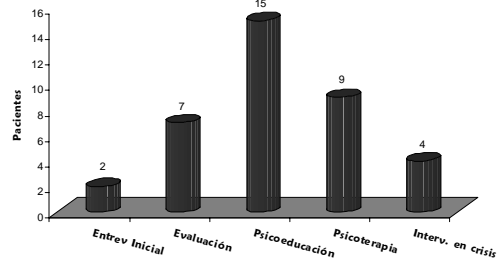
Dx Médico



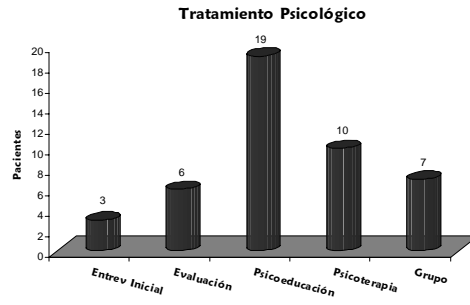
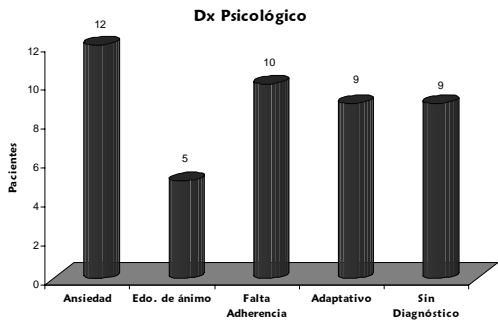
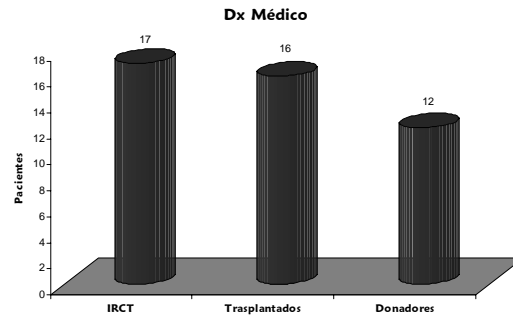
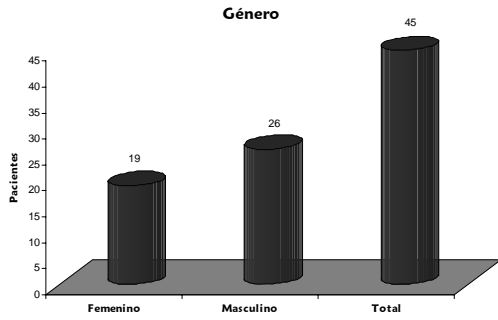
Dx Psicológico



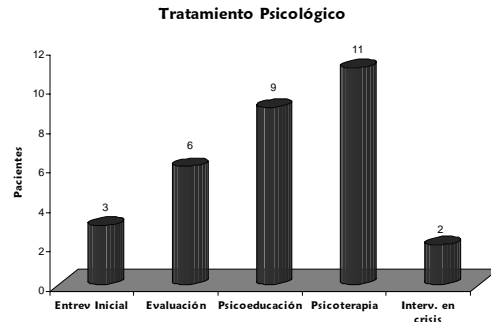
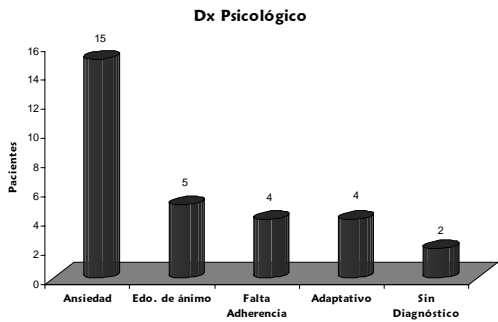
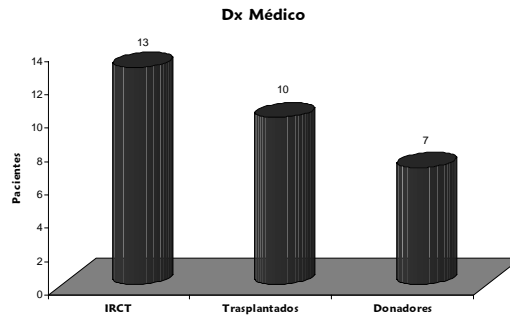
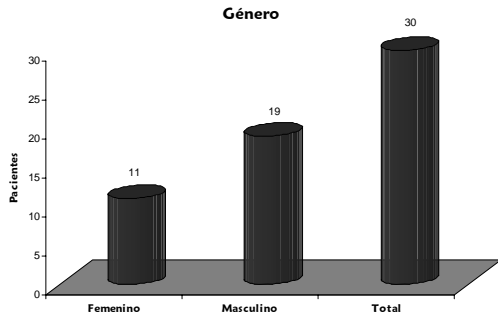
Tratamiento Psicológico



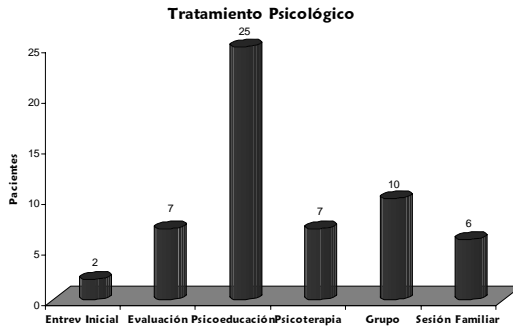
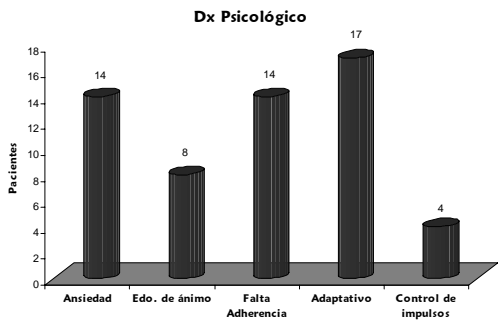
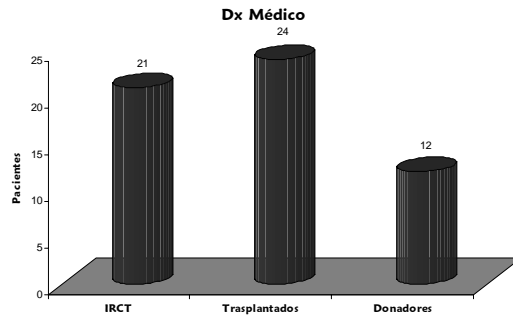
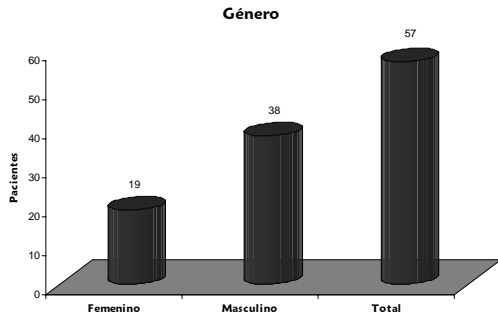
JULIO



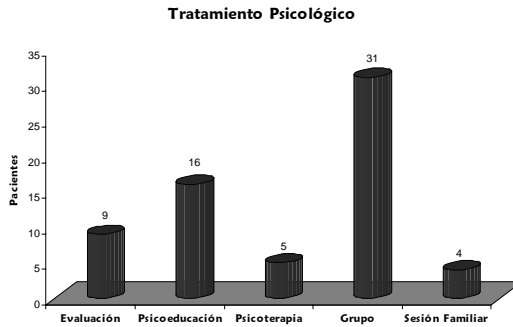
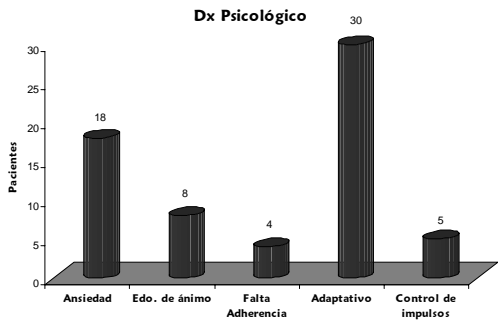
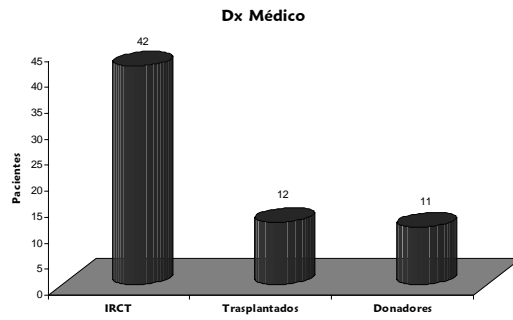
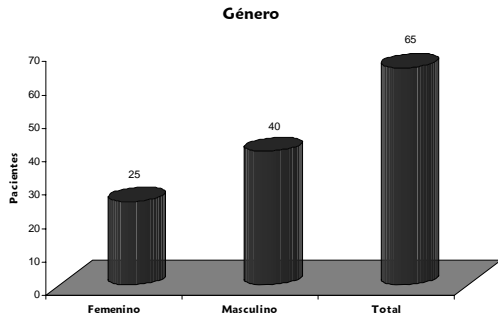
AGOSTO



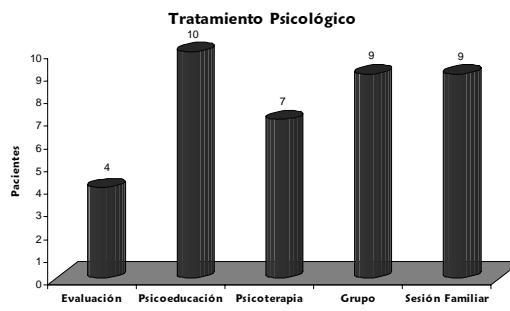
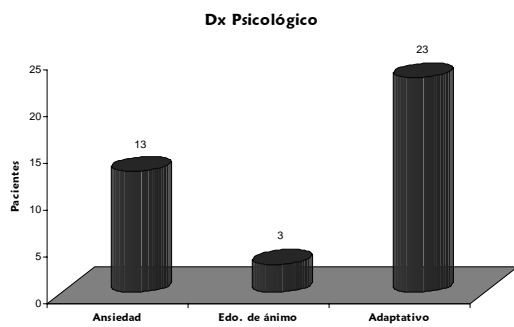
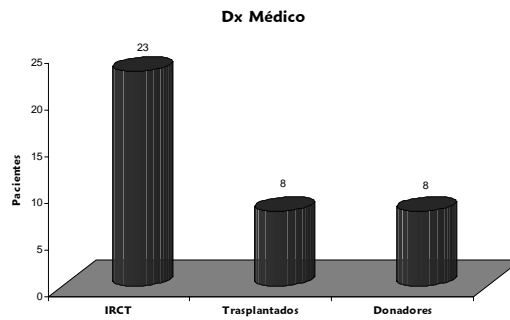
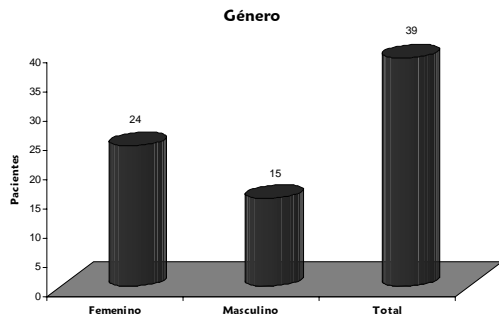
SEPTIEMBRE



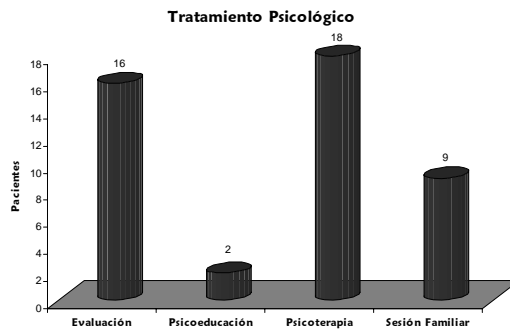
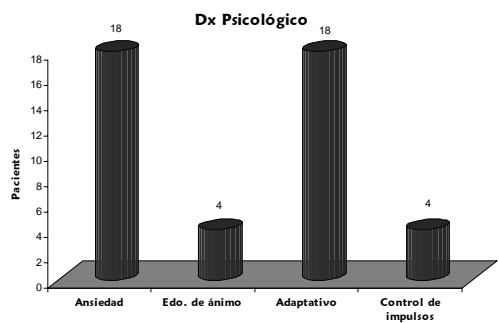
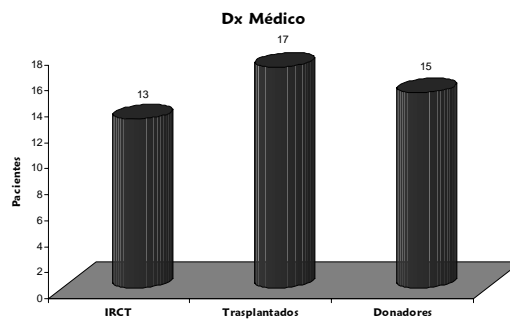
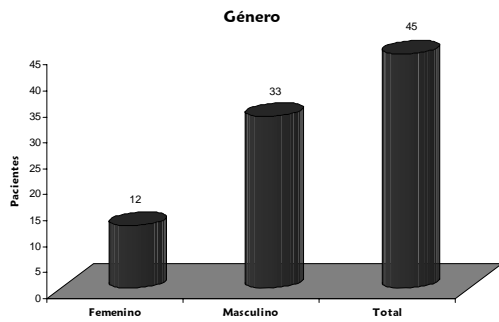
OCTUBRE



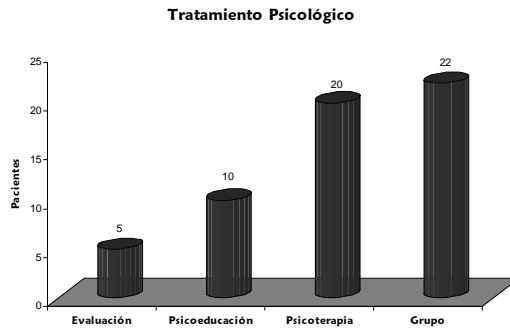
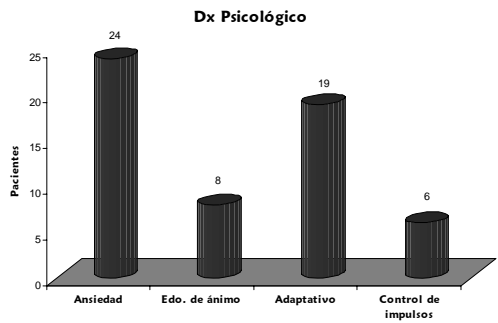
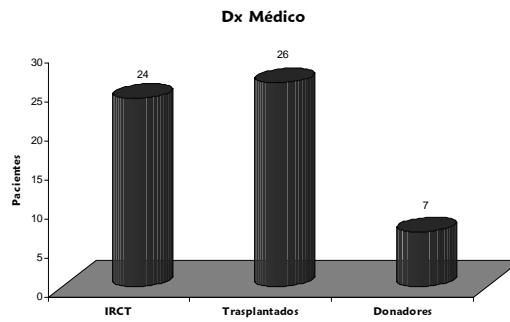
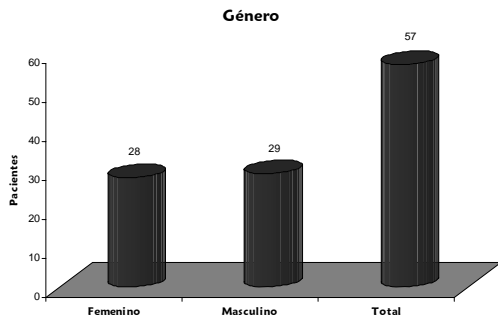
NOVIEMBRE



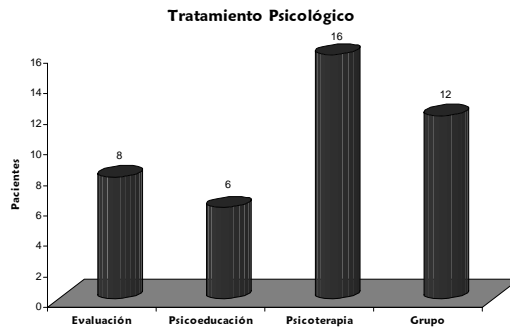
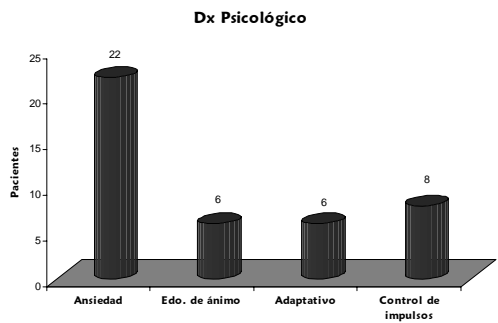
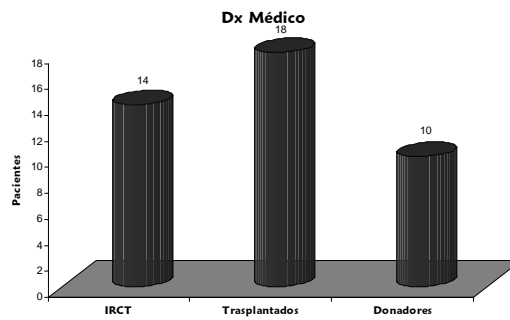
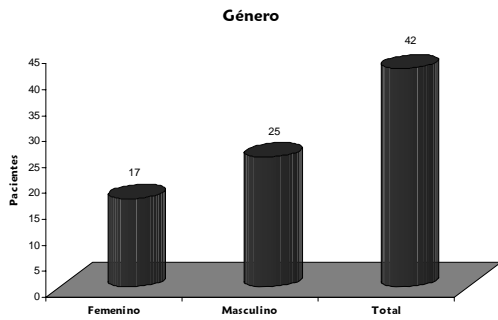
DICIEMBRE



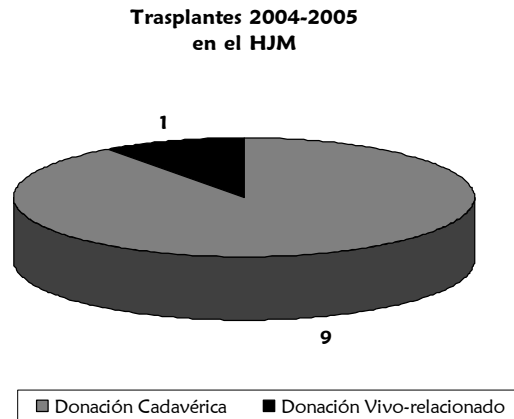
ENERO



FEBRERO



TOTAL DE TRASPLANTES DURANTE LA RESIDENCIA



Se realizaron 10 trasplantes durante los meses de marzo del 2004 a febrero del 2005. Se realizó intervención psicológica antes, durante y después de ellos con los pacientes, donadora y familiares.

El trabajo psicológico realizado no tenía horario, por lo que en los diez trasplantes se trabajó de día y de noche sin descanso por el bien de los pacientes y familiares.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

La Psicóloga Areli Reséndiz Rodríguez autora de este reporte participó como asistente y ponente de los siguientes eventos:

“Ansiedad, Depresión y Adaptación del paciente con IRCT en protocolo de Trasplante Renal”.

Ponencia dada en la reunión mensual de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal A. C. (AMPRAC), Laboratorios Novartis, México, DF., Octubre, 2004.

“Ansiedad y Depresión en pacientes con IRCT en protocolo de Trasplante Renal”.

Ponencia dada en el Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Diciembre, 2004. Iztacala, México.

Póster presentado en el Congreso Internacional de Psicología, Noviembre, 2004. Habana, Cuba.

“Enfrentamiento en pacientes con IRCT en protocolo de trasplante renal”.

Póster presentado en el 8º Congreso Nacional de Trasplantes, Agosto, 2004. Boca del Río, Veracruz.

Póster presentado en el XXII Congreso Nacional de Nefrología, Septiembre, 2004. Boca del Río, Veracruz.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

En el documento “Plan de Estudios de maestría en Psicología Profesional: Programa de Residencia en Medicina Conductual” (Reynoso y Seligson, 2001), que se nos fue entregado cuando recién ingresamos en Agosto del 2003, están detalladas las características de la supervisión. Este documento señala: “la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias en los alumnos” (p.37).

Supervisión in situ

El supervisor in situ fue la Mtra. en Psic. Berta Molina Zepeda, psicóloga adscrita al servicio de psicología del HJM. Su formación es Cognitivo – Conductual por lo que las supervisiones eran enriquecedoras a la práctica profesional de lo que exige la maestría. Se discutían y supervisaban los casos clínicos, problemáticas individuales de los pacientes, cómo mejorar las habilidades profesionales, supervisó los aspectos teóricos y prácticos de la TCC y TRE en los pacientes, brindó apoyo emocional de manera incondicional a los residentes de la maestría de medicina conductual. Todo lo realizó en un ambiente de respeto y cordialidad hacia nosotros. En términos generales califico la supervisión in situ de manera excelente.

Supervisión académica

La supervisora académica fue la Psic. Irma de la Torre cuya formación fue Cognitivo – Conductual siendo residente de la maestría de medicina conductual con rotación en el servicio de Trasplante renal. Se discutían casos clínicos específicos del servicio y recomendaba bibliografía adecuada para el caso a discutir. Además en algunos casos estaba presente mientras se trabajaba con el paciente y brindaba retroalimentación al respecto. En este sentido califico la supervisión académica de manera excelente.

Otro supervisor que tuvimos fue el Mtro. en Psic. Leonardo Reynoso Erazo quien acudía al HJM a supervisar a otros residentes, sin embargo estaba al pendiente de la supervisión a cargo de la Psic. Irma de la Torre. Además resolvió dudas bibliográficas y revisaba las presentaciones y pósters para congresos. Esta supervisión también la califico como excelente aunque no estaba formalmente establecida en la primera rotación.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Según lo estipulado en el perfil de egreso de la residencia de medicina conductual el cual se nos proporcionó al inicio de la misma, considero haber desarrollado las siguientes competencias al final del primer año de residencia:

- Capacidad de adaptación al ambiente médico, con sus reglas y nomenclaturas.
- Apego a las normas institucionales y del Servicio de Trasplantes.
- Adaptación al equipo de trabajo de acuerdo con sus horarios y actividades.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Trabajo conjunto en coordinación con equipo multidisciplinario formado por médicos adscritos y residentes, enfermeras y trabajadoras sociales.
- Creación y afinación de intervenciones psicológicas con el fin de responder a las necesidades de los pacientes y del servicio de trasplante renal.
- Practica de diferentes técnicas Cognitivo – Conductuales.
- Presentación de respeto y compromiso con la satisfacción de las peticiones, necesidades y demandas de los pacientes.
- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Elaboración y actualización de expedientes de pacientes donadores y receptores.
- Actualización continua de temas referentes a Trasplantes, psicología, terapia Cognitivo – Conductual, etc.
- Capacidad de realizar pósters y presentaciones orales en congresos nacionales e internacionales.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante las limitantes reconocidas.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La rotación dentro del servicio de trasplante renal ha dejado un gran aprendizaje profesional, principalmente al aplicar lo teórico de la residencia en pacientes reales, con demandas médicas y psicológicas. Además de la constante preocupación de mis supervisores por enseñarme y dejarme su conocimiento constante acerca de los temas psicológicos que podían aportarme y que podía ver los resultados en vivo con los pacientes; creo que esa fue la mejor manera de aprender y que me ayudo a crecer profesional y personalmente.

La dinámica dentro del servicio se maneja de tal manera que todas las áreas (médica, psicológica y social) se encuentren en constante comunicación, por lo

que considero como punto importante continuar manteniendo un ambiente de cordialidad, respeto y apoyo interdisciplinario como parte fundamental del trato diario con los pacientes.

Existen sugerencias que podrían ayudar a los nuevos residentes a adaptarse mejor y más rápido al servicio, a continuación menciono las más importantes:

Llevar a cabo un taller de inducción estandarizado con los residentes que van entrando para que se vean los temas más importantes y no se olvide algún dato relevante. Servirá para sensibilizar a los nuevos residentes al ambiente hospitalario y trato con médicos, los cuales son desconocidos para la mayoría de los psicólogos.

Reestructurar la parte de evaluación del paciente candidato a trasplante renal: durante la rotación se observó que el reducir ítems a la entrevista estructurada reducía el tiempo dedicado a este rubro sin consecuencias negativas en cuanto a valorarlos si son aptos o no a ser trasplantados. De igual forma las pruebas psicológicas utilizadas deberán ser originales, ya que es un servicio con gran peso legal y en fotocopia no pueden salir los mismos resultados que con las originales; además de utilizar pruebas validadas y estandarizadas a la población mexicana.

De igual forma se podría diseñar algún protocolo de estudio para familiares de los pacientes con IRCT ya que todo lo estructurado se ha enfocado, hasta ahora, en el propio paciente ya sea donador o receptor, dejando de lado a la familia. Dentro de este rubro lo que considero vital para trabajar es con la familia durante el periodo de aislamiento del paciente, ya que por indicación médica tiene que haber dos familiares las 24 horas del día y esto a la larga se vuelve pesado para la familia en general ya que son variables los días de aislamiento del paciente trasplantado.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN” (INCMNSZ) SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud. Es una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico de México.

Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) que se utilizó hasta junio del 2000, fecha en que se le dio el nombre actual. Su fundador y primer Director fue el Dr. Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980. El Director actual es el Dr. Fernando Gabilondo Navarro.

Desde sus inicios, el Instituto se planeó como una institución médica modelo en que las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Ubicación: El INCMNSZ se encuentra ubicado en Calle Vasco de Quiroga # 15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, 14000 México, D. F.

Nivel de atención: El Instituto es de tercer nivel de atención ya que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en más de 40 departamentos y clínicas que abarcan casi todas las especialidades y subespecialidades médicas.

Servicios del INCMNSZ: Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año con un promedio de 215,000 consultas anuales. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

El Instituto, a través de su Dirección de Enseñanza, ofrece en la actualidad 20 cursos de posgrado avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México, en que se forman especialistas en distintos campos de la medicina y cirugía. Su desempeño frente a las sociedades científicas es también muy destacado, ya que es la institución médica con mayor número de investigadores y con mayor

producción científica en el país, siendo también la de mayor índice de impacto. Esta actividad está coordinada por la Dirección de Investigación de la que dependen los departamentos de investigación básica y de investigación médica.

El Instituto cuenta con Torre de hospitalización con 4 niveles, Unidad de urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, 1 edificio de Consulta Externa con más de 50 consultorios, 7 quirófanos, 5 edificios de subespecialidades médicas con sus propios laboratorios, Área de psicología y tanatología, 1 laboratorios de análisis médicos, 1 auditorio, 1 biblioteca, 1 departamento de computación, 1 edificio de enseñanza médica con 7 aulas, 1 departamento de enseñanza en enfermería con 7 aulas, 1 cocina, 1 comedor.

Recientemente, el Instituto, ha aumentado y remodelado sus instalaciones en varias áreas a fin de ofrecer mayor comodidad a los pacientes y al personal médico y de apoyo que aquí laboran. El Instituto se encuentra continuamente realizando obras de jardinería y reparación en sus instalaciones lo que hace de éste un lugar agradable para trabajar.

Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ: En el 2005 estaba formada por: un jefe de servicio, 2 médicos algólogos adscritos, 1 médico psiquiatra especialista en dolor, 7 médicos residentes especialistas en anestesiología que realizan curso de subespecialidad en algología por 12 meses, 1 jefa de enfermeras, 1 pasante de enfermería que rotaba cada 6 meses, 2 psicólogas especialistas en Medicina Conductual, 1 trabajadora social y 1 secretaria.

Líneas de autoridad: se tenía como primera autoridad al jefe de servicio y a la supervisora in situ.

Supervisión in situ: Durante la segunda rotación se brindó apoyo bibliográfico y supervisión de casos clínicos y clases psicológicas para médicos por parte de la Psic. Sofía Sánchez Román, psicóloga adscrita al servicio de Psiquiatría y Neurología del INCMNSZ.

Supervisión Académica: se obtuvo apoyo bibliográfico y supervisión de ponencias en congresos y clases del Mtro. en Psic. Fernando Vázquez.

SERVICIO DE CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DOLOR

El concepto de dolor y su compleja fenomenología ha sido reconocido desde la antigüedad. Hace más de 2500 años, Aristóteles sugirió que el dolor era causado por pasiones negativas; Descartes, por el contrario postuló que el cerebro era el centro de la sensación y que el dolor era transmitido a través de pequeños hilos

que corrían desde la piel hasta los centros cerebrales. Los dirigentes religiosos han sugerido que el dolor es impuesto por Dios como una forma de castigo por los pecados cometidos (Bonica, 1990; Cuencas, McCoy, Selby y McManemin, 1991; Turk, Meichembbaum y Genest, 1983).

Las explicaciones religiosas han influenciado considerablemente el pensamiento occidental. La palabra dolor se deriva del latín *poena*, que significa castigo. Usualmente la forma de concebir el dolor determina las estrategias que los pacientes y los médicos utilizan para aliviarlo.

El Dolor es una vivencia compleja resultado de un malestar físico asociado a un estado emocional alterado, es un fenómeno subjetivo influenciado por el aprendizaje, que además se desarrolla en un determinado contexto cultural. Así las diversas investigaciones apoyan el considerar al dolor como una compleja experiencia, perceptual y afectiva, que esta determinada tanto por los patrones de respuestas provocados en las neuronas sensoriales por estímulos físicos, como por el significado que estos estímulos tengan para el sujeto, su historia individual, aspectos culturales y de aprendizaje asociados a respuestas preceptuales anteriores, aspectos atencionales, grado de ansiedad, etc., por lo que debe ser tratado desde una perspectiva multidisciplinaria (Bonica, 1990; Gala, Lupiani, Guillén, Gómez, Lupiani, 2003; Plata, Castillo, Guevara, 2004; Turk, 2003).

Por todo lo anterior resulta complicado, y talvez, sea reductivo el clasificar al dolor como una sensación, una emoción o una reacción. Es algo que enmarca y supera todo lo anterior, repleto de subjetividad, como no puede ser de otra forma dado que es una vivencia subjetiva y, como tal, debemos aclarar desde el principio que (Gala, Lupiani, Guillén, Gómez, Lupiani, 2003):

- a) El dolor no es un síntoma y en absoluto un signo físico, por lo que nos remite a una información subjetiva del sujeto que lo sufre.
- b) No existe el dolor imaginado: el dolor siempre es real y en él incluimos el concepto del dolor “psicógeno”, que por muy generado psicológicamente que sea, NO es irreal.
- c) No existe una correlación directa y cuantitativa entre la intensidad de la experiencia emocional dolorosa y la cantidad de lesión que supuestamente la provoca; más aun puede que no exista tal lesión (Turk y Nash, 1993).

Debido al gran peso epidemiológico y socioeconómico que el tema del dolor plantea, se ha observado recientemente un gran interés por el estudio de estos temas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, surgiendo así la Algología o disciplina encargada del estudio y control del dolor (Miró y Buela-Casal, 1996), de la mano de John Bonica en 1953 y su obra “El Manejo del Dolor”, este autor, jefe del departamento de Anestesiología de la Universidad de Washington, ha sido el creador de las primeras unidades interdisciplinarias del dolor y pionero en considerar el dolor, en muchos casos, como una enfermedad en sí misma más que como un síntoma de algún proceso patológico subyacente (Bonica, 1990).

Definición de Dolor

Como muchas otras experiencias humanas, el dolor escapa de una definición que satisfaga a todos, a esto se añade el que existan muchas formas de entenderlo (como sensación, sentimiento, emoción, reacción, vivencia, etc.) y diversas orientaciones teóricas entre los que lo investigan (González, Ferrer y Manasero, 1988; Penzo, 1989).

Hoy en día suele aceptarse la definición que nos ofreció en 1979 la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), según la cual es “una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a daño tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño y cuya presencia es señalada por alguna forma de conducta observable, visible o audible” (IASP, 1994, p. 210/2006). Esta misma asociación añade posteriormente “Muchas personas informan de dolor en ausencia de daño tisular o de cualquier causa fisiopatológica probable, ocurriendo esto generalmente por razones psicológicas, aunque si atendemos al informe verbal del sujeto no podemos distinguir esta experiencia de la debida a daño tisular” (IASP, 1994, p. 210/2006).

Esta definición presenta importantes avances en la concepción del dolor, superando las explicaciones y modelos simplistas, entre los que destacan (Chapman, 1986; Gala et al, 2003; Hansen y Streltzer, 2005):

- a) Considerar el dolor como algo subjetivo
- b) Invalidar el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una modalidad compleja
- c) Otorgar importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro
- d) Considerar que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo
- e) Considerar como parte intrínseca de esta experiencia la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.

Clasificaciones y tipos de dolor

Existen diversos criterios de clasificación (temporalidad, localización, etiología, clínica, etc.) y diferentes taxonomías como las de Melzack y Dennis (1980), Karoly y Jensen (1987) o la de la IASP (1994). Sin embargo a continuación se muestran las más utilizadas:

- a) Posiblemente la primera diferenciación sea establecida entre el **Dolor Primario y Secundario** (Sternbach, 1985): El dolor primario se caracteriza por su localización precisa, siendo una sensación aguda, física y bien definida, transmitida por las fibras A-delta (mielinizadas, con velocidad de conducción de 3 – 10 m/seg) proporciona información inmediata sobre la presencia del daño, su extensión y su localización. El dolor secundario se caracteriza por su deficiente localización y su cualidad difusa y persistente; es transmitido por fibras C (no mielinizadas y con velocidad de transmisión de 0,52 m/seg) y suele aparecer temporalmente tras el dolor primario. Ambos tipos de dolor pueden estar presentes tanto en el dolor agudo como en el crónico.

- b) Se puede clasificar al dolor con **criterios de localización** distinguiéndose así entre dolor torácico, abdominal, lumbar, etc. Bajo esta perspectiva se suele distinguir entre dolor **cutáneo** (periférico), **somático** y **visceral** (Perron y Schonwetter, 2001). El cutáneo o periférico es de localización externa y suele tratarse de un dolor delimitado y bien localizado. El somático se localiza en músculos y estructuras osteoarticulares. El visceral suele ser un dolor poco localizado e irradiado o referido a zonas distintas a donde aparece la lesión.
- c) Atendiendo a **criterios temporales** se puede hablar de **dolor agudo** y **dolor crónico** (Bonica, 1990; Payne, 2000). El dolor agudo está provocado por una lesión en los tejidos y comprende tanto el dolor fásico (al inicio de la lesión) como un nivel tonal que persiste en periodos de tiempo variables hasta que remite la lesión. El dolor crónico es aquel que dura más de seis meses y que no responde a ninguna terapéutica convencional.

φ El **Dolor agudo** es producto de un daño o lesión bien definido del que aparece el dolor como un síntoma, tiene una apariencia rápida y un posterior mantenimiento a lo largo de un tiempo más o menos largo, aunque inferior a los 6 meses. Esta asociado a los niveles de ansiedad, respuestas motoras y reacciones vegetativas que suelen ser proporcionales a la severidad de la lesión.

φ El **Dolor Crónico** suele iniciarse como el agudo, a causa de una herida o lesión, pero persiste tras su curación, rebelde a todo tratamiento, dejando de ser síntoma de una herida u otra patología orgánica. La duración es muy prolongada y suele asociarse inicialmente a un alto grado de ansiedad y, posteriormente, a un alto grado de depresión. En la mayoría de los casos los pacientes lo describen más en términos afectivos que sensoriales. Como resultado de una interacción compleja entre variables ambientales, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas solo puede responder a una intervención multidisciplinaria.

- d) En las Clínicas del Dolor se suele diferenciar entre dolor **oncológico** (maligno) y **no oncológico** (no maligno) ambos dentro del Dolor Crónico (Nicholson, 2003; Payne, 2000; Perron, 2001).

- e) Según su **etiología** la IASP clasifica el dolor de la siguiente manera (IASP, 1994, p. 211/2006; Wolf y Mannion, 1999): **nociceptivo**, **neuropático** y **psicógeno**.

El **dolor nociceptivo** esta provocado por el incremento en la intensidad de la estimulación nociceptiva, como ocurre en los procesos inflamatorios. El **dolor neuropático** o neurogénico es secundario a una lesión de las fibras sensitivas de un nervio periférico o bien de estructuras del SNC. El **dolor psicógeno** sería aquel de origen puramente psicológico, en donde no existe causa orgánica que justifique las quejas del paciente, aceptándose su origen y mantenimiento psíquico (lo cual no quiere decir que no duela) que suele estar relacionado con otros diagnósticos psiquiátricos; además hay que destacar que en algunos casos el dolor esta originado y mantenido por una forma inadecuada de responder al medio, por un estilo inadaptativo de respuesta que

implica un desajuste psicofisiológico (exceso de tensión muscular, vasoconstricción excesiva, etc.) por lo que se habla entonces de dolor disfuncional.

Existen diversas formas de clasificar al dolor; sin embargo, al momento de atender la demanda del paciente se deberá tener en cuenta el estímulo físico nocivo, así como los factores psicológicos, sociales, espirituales, etc. Todo esto con el fin de manejar los factores que intervienen y configuran la experiencia dolorosa, facilitando la comprensión del paciente y por ende brindarle el mejor tratamiento integral.

Teoría de la compuerta

Históricamente se ha buscado la explicación científica del dolor, siendo tres teorías las que a lo largo del tiempo han intentado explicar las bases y los mecanismos del dolor: La teoría sensorial o de la especificidad, la teoría de la intensidad o de la sumación y la teoría de la compuerta, siendo ésta última la que mejor explica el fenómeno doloroso (Gala et al., 2003).

Fue propuesta por Melzack y Wall en 1965, indica que los fenómenos del dolor están determinados por interacciones en tres sistemas de la médula espinal: las células de la sustancia gelatinosa del asta dorsal, las fibras nerviosas de la columna dorsal que se proyectan hacia el cerebro y las primeras células de transmisión central del asta dorsal; de este modo la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos esta modulada en el asta dorsal de la médula que actúa como una compuerta que impide o no el paso de los impulsos nerviosos, que proceden de los nociceptores y del córtex; así el grado en que la compuerta incrementa o disminuye la transmisión de impulsos nerviosos está en función de la actividad de las fibras sensoriales aferentes y de las influencias descendentes de las áreas centrales del córtex (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Melzack y Wall, 1965).

Esto supone que la percepción del dolor no está influida solamente por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro que pueden incrementar, atenuar o bloquear los mensajes ascendentes. Así se presenta al dolor como experiencia tridimensional, en la que interactúan factores fisiológicos y psicológicos en tres dimensiones:

- φ La dimensión sensorial – discriminativa cuya función es la de transmitir la estimulación nociva (térmica, mecánica, química) de los nociceptores, y explica su intensidad y localización. Esta dimensión es la más periférica de la percepción del dolor.
- φ La dimensión motivacional – afectiva recoge los aspectos emocionales del dolor, calificándolo como desagradable y aversivo o no, lo que puede elicitar conductas de ansiedad, depresión y/o escape. Esta dimensión está

mediada por estructuras inmediatas como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.

- φ La dimensión cognitivo – evaluativa alude a variables como la atención, creencias, sugestión, valores culturales, etc., hacia el dolor. Esta dimensión se localiza a nivel cortical.

De este modo el dolor crónico puede estar causado por la nocicepción, estar asociado a un proceso de denervación (dolor central), deberse a causas psicológicas (ansiedad o depresión) o factores conductuales (conductas de dolor) o a la interacción de todos los aspectos mencionados.

Aspectos psicológicos del dolor

Diversos autores han observado que los pensamientos y las emociones influyen directa e indirectamente sobre el dolor. La literatura nos muestra cómo los factores psicológicos repercuten sobre el dolor (Buela-Casal y Caballo, 1991; Coughlin, 2000; Cruzado, Labrador, De la Puente y Vallejo, 1990; Donker, 1999; Feine, 1988; Ferrari, 2002; Fordyce, 1991; Gamsa, 1994; Hansen y Streltzer, 2005; Turner, 2000; Turner, Deyo y Loeser, 1994):

Indefensión: un sentimiento de indefensión puede incrementar de forma considerable el dolor, y es que la percepción de ausencia de control sobre la propia condición física conduce a la hiperactividad o al catastrofismo, con lo que aumenta la percepción del dolor y el sufrimiento.

Abstención de actividad física: el abstenerse de realizar actividad física por temor al dolor, además de discapacitar a la persona, le origina más dolor.

Interacción social: la interacción con los demás puede incrementar el dolor con base en los principios del condicionamiento ya que las quejas de dolor no son más que una forma de comportamiento que puede ser reforzado por el medio. El paciente aprende qué “ganancias” obtiene al presentar las conductas de dolor. Razón por la cual se condujo a analizar lo que los pacientes hacían ante el dolor, encontrando: expresiones verbales de dolor y sufrimiento, sonidos paralingüísticos (gemidos, suspiros), posturas y gestos corporales (cojear, muecas), déficit o limitación funcional (estar todo el tiempo en cama, evitar movimientos) conductas dirigidas a la reducción del dolor (ingesta de medicamentos, número de consultas médicas).

Atención: En la medida en que se ponga más atención al dolor, los pacientes reportan mayor intensidad del dolor. Las técnicas de distracción reportan una disminución de las conductas dolorosas.

Ansiedad: los pacientes que reportan ansiedad o miedo a perder el control o su autonomía reportan mayores intensidades de dolor.

Dolor aprendido: En algunos hospitales se han reportado pacientes que presentan dolor como respuesta aprendida ante un estímulo aprendido. Por ejemplo al estar hospitalizados, algunos pacientes muestran conductas de dolor y al estar fuera del contexto no manifiestan dichas conductas.

Expectativas: qué tanto dolor el paciente piensa que va a experimentar, influye en la intensidad del dolor que manifiesta. Se ha comprobado esto por medio de estudios con efecto placebo.

Creencias y Enfrentamiento: impactan directamente en qué tanto dolor sienten los pacientes y qué tanto les afecta. Principalmente las creencias, habilidades para enfrentar el dolor, pensamientos de catastrofización, autoeficacia del paciente, locus de control y qué tanto el paciente piensa que esta en su rol de “enfermo”.

Religión: los pacientes religiosos tienen creencias que los llevan a pensar que el dolor es un castigo o una pena impuesta por Dios para perdonar pecados, por lo que es difícil llevarlos a una adherencia terapéutica adecuada para disminuirlo.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En la generación anterior a mi rotación dentro del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos se trabajaba de manera conjunta con los residentes médicos y enfermeras. Estaban divididas mis compañeras en dos: una psicóloga trabajaba en Consulta Externa, mientras que la otra se dedicaba a Cuidados Paliativos. Ambas estaban en Hospitalización.

Junto con mi compañera psicóloga, nos presentamos una semana antes del inicio formal de la residencia para que las psicólogas anteriores nos pasaran el servicio y nos mostraran el funcionamiento del mismo. Además de ir conociendo a nuestros compañeros médicos residentes y a los adscritos. La presentación con el Jefe de Servicio se hizo de manera formal el primero de marzo del 2005 junto con los demás compañeros médicos residentes que iniciaban también su curso de subespecialidad.

El contexto de las intervenciones psicológicas estaba en cuatro áreas físicas:

1. **Consulta Externa:** era un espacio físico dentro del consultorio 208 en donde se daban 3 consultas médicas y una psicológica al mismo tiempo. Es un espacio físico de 10 x 5 m aprox. dividido en 4 por un biombo, contaba con 8 sillas, 2 camas, 2 escritorios, 1 computadora, luz eléctrica y luz natural que llegaba por medio de un ventanal que abarcaba toda una pared del consultorio.
2. **Hospitalización:** Según el nivel socioeconómico de los pacientes era el lugar en donde los hospitalizaban, siendo el primer piso el de más bajos recursos

en el cual 4 pacientes comparten un cuarto y se dividen entre sí por medio de cortinillas; mientras que en el cuarto piso están 16 suites una para cada paciente con todas las comodidades necesarias (baño, TV, mesa, sala, ventanales, comida especial diseñada por ellos mismos en conjunto con una nutrióloga, etc.). Según el nivel socioeconómico era el espacio físico para trabajar con los pacientes; siempre se contó con la privacidad necesaria para trabajar.

3. **Cuidados Paliativos:** Se contaba con un espacio de 8 x 4 m aprox., 3 camas, 10 sillas, luz artificial y 1 almacén con los medicamentos necesarios para los rescates de los pacientes que llegaban muy mal. De igual forma se contaba algunos días a la semana con un cuarto aislado de 5 x 5 m aprox., el cual tenía una cama, 1 estante, 1 baño y lavabo, luz artificial.
4. **Bloqueos.** Se llevaba a cabo la preparación de los pacientes en el consultorio 208 de Consulta Externa; sin embargo durante la realización del procedimiento médico – invasivo se llevaba a cabo la intervención psicológica en el cuarto de Fluoroscopia de Rayos X el cual era de 7 x 3 m aproximadamente, con una plancha fluoroscópica, Fluoroscopio, 1 monitor anestésico, 2 tripies, 1 cuarto de Rayos X, luz artificial.

Las actividades que se realizaron durante la rotación en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos fueron:

Clases teóricas: De lunes a jueves se tomaban clases de las 7 a las 8 am en el salón 5 de Enseñanza con el fin de conocer la parte médica del dolor y dar a conocer la parte psicológica del mismo. Una vez al mes nos tocaba dar clases a cada uno de los médicos y psicólogas residentes.

Pase de visita: De lunes a viernes se pasaba visita a los pacientes que estaban hospitalizados y que habían requerido una valoración médica y psicológica. Con mi compañera psicóloga nos dividimos los pisos para trabajar con los pacientes, quedándome con el segundo y tercer piso, los cuales pasaba visita junto con un médico adscrito y tres médicos residentes.

Guardias de fin de semana: El fin de semana pasaba visita cada 15 días junto con un médico residente a todos los pacientes hospitalizados que habían recibido interconsulta por parte de algún médico algólogo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Se realizaban las intervenciones psicológicas con los pacientes o familiares.

Conocimiento de los pacientes hospitalizados: Posterior al pase de visita se pasaba a la sala de juntas del servicio de clínica del dolor para discutir los casos de los pacientes hospitalizados desde el punto de vista médico y psicológico. Entre todos los que conformábamos el equipo multidisciplinario de dolor dábamos comentarios y aportaciones para que el tratamiento del paciente fuera el mejor

posible y que todos los miembros de la Clínica conociéramos a los pacientes aunque no les hayamos pasado visita.

Consulta Externa: De lunes a viernes de las 9 a las 5 pm se daba atención psicológica a los pacientes en el consultorio 208, excepto el miércoles que se daba de las 9 a las 11 am. En el primer mes se daban las intervenciones médicas y psicológicas de manera conjunta con el médico algólogo, los 11 meses posteriores ellos nos iban pasando sus pacientes a nuestro lado del consultorio para darles la intervención psicológica de manera individual.

Cuidados Paliativos: Se daba consulta los días martes y viernes de las 9 a las 3 pm a los pacientes con diagnóstico de terminalidad dado por el médico tratante, de igual forma se daba apoyo psicológico a los familiares. Cabe mencionar que en más de una ocasión el paciente llegaba a cuidados paliativos sin saber a qué iba, qué son los Cuidados Paliativos o porqué lo habían mandado ahí, ante lo cual se tenía que buscar al médico tratante (por lo general el oncólogo) junto con el médico algólogo para que le explicara al paciente su diagnóstico y posteriormente darle psicoeducación de CP.

Hospitalización: Según las interconsultas al servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos que se pidieran por parte de los médicos tratantes del INCMNSZ, era el número de pacientes hospitalizados que se tenían. En el caso de las intervenciones psicológicas nos dividimos los pisos, siendo en mi caso el segundo y tercero los pisos de hospitalización a los que iba a realizar las interconsultas junto con el médico algólogo encargado ese mes de ese piso o bien a realizar de manera individual la intervención psicológica adecuada.

Bloqueos: Cuando el tratamiento farmacológico ya no era suficiente para algunos pacientes, se les proponía la colocación de medicamento por medio de inyecciones profundas, comúnmente se les llaman “bloqueos”. Se realizaban los lunes, martes y jueves de las 8 a las 11 aprox. Se realizó una investigación con estos pacientes por lo que se tomaba parte del tiempo de consulta externa para la preparación psicológica ante este evento médico – invasivo. Se daba apoyo psicológico antes, durante y después del bloqueo.

Sesión Clínica: Todos los miércoles se preparaba médica y psicológicamente un caso clínico el cual se discutía de manera conjunta con los residentes algólogos y psicólogos del INCMNSZ y del INCAN. Los primeros quince días se llevaba a cabo en el aula 4 de Enseñanza del INCMNSZ y los últimos quince días del mes se llevaba a cabo en el auditorio del INCAN. Se exponía el caso desde el punto de vista médico y se hacían preguntas y comentarios, posteriormente se exponía el caso desde el punto de vista psicológico e igualmente se hacían preguntas y comentarios. Al final se daba una pequeña revisión bibliográfica de lo expuesto como tema principal en la sesión clínica, desde el punto de vista médico y psicológico.

Sesión General: Todos los viernes de las 8 a las 9 de manera obligatoria se acudía al auditorio del INCMNSZ para escuchar la sesión dada por algún servicio del INCMNSZ. Acudían el mayor número de residentes, adscritos y jefes de servicio de todo el Instituto. Al final se daban comentarios de lo expuesto ese día por algún servicio.

Supervisión: Los lunes de 9 a 10 am aproximadamente se brindaba supervisión in situ por la psicóloga Sofía Sánchez Román, psicóloga adscrita al servicio de Psiquiatría y Neurología del INCMNSZ. Los jueves de 10 a 12 aproximadamente se brindaba supervisión académica por parte del psicólogo Fernando Vázquez.

Horario de actividades durante la rotación

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7 – 8	Clase	Clase	Clase	Clase	Pase de Visita		
8 – 9	Pase de Visita*	Pase de Visita*	Pase de Visita	Pase de Visita*	Sesión General		
9 – 10	Supervisión Sofía	CE / P*	CE	CE*	CE / P	G	G
10 – 11	CE	CE / P	CE	Supervisión Fernando	CE / P	U	U
11 – 12	CE	CE / P	Sesión Clínica	Supervisión Fernando	CE / P	A	A
12 – 1	CE	CE / P	Sesión Clínica	CE	CE / P	R	R
1 – 2	CE	CE / P	Sesión Clínica	CE	CE / P	D	D
2 – 3	CE	CE		CE	CE	I	I
3 – 4	CE	CE		CE	CE	A	A
4 – 5	CE	CE		CE	CE		

* Bloqueos. En ocasiones no se acudía al pase de visita por estar en el bloqueo, ya que se realizaban a la misma hora. Una psicóloga iba al bloqueo y la otra al pase de visita.

Hospitalización e Interconsultas: Se lleva a cabo durante todo el día, ya que no existe un horario especial para realizar la intervención psicológica con los pacientes hospitalizados.

CE = Consulta Externa
P = Cuidados Paliativos

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS

Grupo de apoyo entre los residentes médicos y psicólogas

La necesidad de tener un espacio para lograr comunicarnos internamente entre los integrantes del grupo de dolor (médicos residentes y psicólogas), nos llevo a la creación de un grupo en donde se les dieron herramientas a los médicos para poder llevar a cabo una comunicación adecuada y nos brindó la oportunidad de expresar libremente opiniones, emociones y sentimientos que nos molestaban entre nosotros y de la gente con la que teníamos contacto de manera cotidiana.

Se realizó por petición del Jefe de Servicio y de los médicos residentes. Con apoyo de la supervisora in situ: Psic. Sofía Sánchez, se logró tener un lugar establecido, además de ser ella quien dirigía este grupo. Se llevó a cabo como piloteo para dejarlo de manera obligatoria en las siguientes generaciones. En esta ocasión participamos únicamente los residentes (médicos y psicólogas).

Los temas que se prepararon para los médicos residentes fueron: Técnicas de relajación (teoría y práctica), habilidades de comunicación, asertividad, cómo dar malas noticias, elaboración de duelo, expresión de emociones y pensamientos sobre su desempeño con los pacientes y lo que están sintiendo al enfrentar diariamente la muerte de los mismos. Dos temas fueron dados por las psicólogas residentes (habilidades de comunicación y asertividad), mientras que todo lo demás fue preparado y expuesto por la Psic. Sofía Sánchez.

Este espacio sirvió para unir al grupo, sacar problemáticas internas que dificultaban la atención a los pacientes y el desempeño académico de los residentes, así como para darles a conocer la necesidad de estar en terapia psicológica en cualquier momento de la vida y con cualquier profesión. Estos resultados verbales fueron los desencadenantes de realizar este grupo de manera formal con la generación de psicólogas y médicos que inicia en marzo del 2006.

Taller de inducción para residentes de Medicina Conductual

Se diseñó y expuso un curso introductorio "Evaluación y Manejo Psicológico del Dolor" (Ver anexo 8) por parte de las Psicólogas Marli Hernández Valencia y Areli Reséndiz Rodríguez, con duración de una semana (20 horas) para dar a conocer las principales funciones del psicólogo dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Formas de Evaluar y Tratar a los pacientes con Dolor Crónico y en Cuidados Paliativos, Enseñar los protocolos de investigación que se estuvieron corriendo durante la rotación, Conocimiento general de las instalaciones y personal que labora en el INCMNSZ, manejo médico y social del paciente, etc. A manera general se les dio un resumen del año de residencia que estuvimos mi compañera y yo en el INCMNSZ. Parte fundamental de que el curso fuera un éxito fue la colaboración de los médicos residentes y de los supervisores, los cuales aportaron conocimiento, tiempo y esfuerzo en la creación de este curso.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ cuenta con la integración de un equipo multidisciplinario que incluye las áreas médica, psicológica, servicio de enfermería y trabajo social. Esto ayuda a que los pacientes perciban un ambiente integral y le den el mismo valor a cada una de ellas. Su población es en su mayoría adulto mayor y comparada con otros servicios es menor, por lo que el tiempo destinado para cada paciente es mayor. El servicio fue cubierto en su totalidad por dos psicólogas residentes de la maestría en Medicina Conductual desde marzo del 2005 a febrero del 2006.

Características de la población

Los pacientes del Servicio de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos son diagnosticados y tratados con anterioridad por varios servicios; es decir, al no tener control del síntoma posterior a múltiples cambios de esquema médico, los médicos tratantes deciden mandar al paciente a interconsulta al servicio de Clínica del Dolor, lo cual hace que el paciente se encuentre cansado de ver tanto médico y de llevar tanto tratamiento, eso sin mencionar el gasto que implica el cambiar constantemente de medicinas para controlar el dolor.

De igual forma al ser adultos mayores, la mayoría presenta una serie de enfermedades que indican que su organismo no puede tolerar grandes cantidades de medicamentos o bien no se pueden mezclar varios por los efectos farmacológicos que pudieran tener, ante esto se deberá tener conocimiento de los efectos secundarios y de las mezclas de estos medicamentos para evitar problemáticas a futuro. Esta edad también representa un gasto extra para la familia ya que no pueden ir a la consulta de manera individual, por lo que deberán tener un acompañante en todo momento que este al pendiente de los cuidados y de las indicaciones médicas.

La mayoría son del DF, sin embargo se tuvieron pacientes de diversos estados como: Chiapas, Michoacán, Guerrero, Morelos y Chihuahua. Debido a las características organizacionales del Instituto, el nivel socioeconómico de los pacientes es muy variado, teniendo a pacientes de escasos recursos a los que prácticamente se les da la atención de manera gratuita, o bien contando con pacientes que pueden pagar una suite médica para atender su padecimiento. Las edades oscilan entre los 18 y 97 años aproximadamente. No se atiende a nivel pediátrico.

Intervención Psicológica

Las principales intervenciones que se realizan con estos pacientes se pueden observar en la siguiente lista:

Entrevista Cognitivo – Conductual de primera vez: Se realiza una entrevista estructurada diseñada por la Psic. Heidy Marli Hernández Valencia y la Psic. Areli Reséndiz Rodríguez (Ver Anexo 9), psicólogas residentes de la Maestría de

Medicina Conductual del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Tiene una duración de aplicación de 1 hora aproximadamente y se abordan temas sociodemográficos, historial algológico, análisis funcional de la conducta de dolor, LIBARE, papel del dolor en la vida cotidiana, intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas y examen mental. Esta entrevista nos ayuda a conocer al paciente, su contexto familiar, padecimiento doloroso, tratamientos médicos y psicológicos que ha llevado, lo que ocurre antes, durante y después del dolor, si está siendo reforzada esa conducta, trastornos psiquiátricos en el paciente, etc. Ayuda a llevar un control de los pacientes.

Entrevista Estructurada para Procedimientos médico – invasivos: Se realiza una entrevista estructurada especialmente para pacientes que son candidatos a procedimientos invasivos, comúnmente llamados bloqueos (Ver Anexo 1). Fue adaptada de la Entrevista Estructurada para Trasplante Renal del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado, 2000). Se obtiene información sociodemográfica del paciente, así como de aspectos familiares, historia psiquiátrica y psicológica previa, examen mental del paciente, comprensión de su padecimiento y del procedimiento al que será sometido (en una escala del 0 al 18), miedos del paciente sobre su bloqueo, motivación para el procedimiento o bloqueo, dudas que tenga el paciente sobre su procedimiento médico.

Aplicación de instrumentos: Con el fin de llevar a cabo una intervención psicológica adecuada y que el paciente observe cambios cognitivos o conductuales, se aplicaban instrumentos psicológicos. Los más utilizados fueron: HAD, MEC, BAI, BDI, IDARE, ACC, autoregistros. Se les daba retroalimentación a los pacientes de lo obtenido en los instrumentos.

Detección de pacientes en Delirium: Debido a las condiciones médicas y ambientales de la hospitalización o de las etapas terminales de un cáncer, los pacientes podían hacer delirium, es por eso que se debería estar pendiente de esta condición médica e informar a los médicos para que le dieran el medicamento apropiado (por lo general Haldol) y realizar los cambios necesarios en el ambiente para mantener orientado al paciente en las tres esferas. Lo que más se hacía era la aplicación del MEC, abrir cortinas de día y cerrarlas de noche, hablarle de personas conocidas, tener a la vista reloj y calendario actualizados, etc.

Detección de pacientes con tendencia a la dependencia opioide: Debido a que algunos medicamentos son derivados de opioides (morfina, fentanilo) se debería llevar a cabo una entrevista adecuada con el paciente que inicia este tratamiento y conocer si existe riesgo de adicción. En caso necesario se citaba a familiares y/o amigos.

Psicoeducación: En la mayoría de los pacientes se realizaba psicoeducación desde que ingresaban por primera vez al servicio, ya que los médicos tratantes no les explican el porqué los mandan a la Clínica del Dolor o a Cuidados Paliativos. De igual forma se daba psicoeducación de los medicamentos para fortalecer la adherencia y evitar el que se aguantaran el dolor. En el caso de los bloqueos se les explicaba paso a paso el procedimiento y se contestaban las dudas que manifestaba el paciente. Si algún paciente estaba en delirium se les explicaba a los familiares de qué se trataba y cómo hacerle frente por medio de control de estímulos.

Técnicas de relajación: Como herramienta para la reducción de ansiedad y del dolor, se aplicaban las técnicas de relajación autógena, muscular progresiva si la condición médica del paciente lo permitía, imaginería o mixta. Esto hacía que el paciente reenocara la atención que le daba al dolor y por ende este disminuyera. Se entrenaba al paciente para que lo realizara en casa o durante su estancia hospitalaria, además se les proporcionaba el CD autorizado por el servicio de Psicología del INCMNSZ el cual contiene 10 tracks especiales para relajarse en donde la primera presenta una relajación guiada.

Visualización: La mayoría de los pacientes mostraron preferencia por la relajación por medio de imaginería o visualización, ante lo cual se llevaba a cabo con relativa frecuencia; principalmente en aquellos pacientes que se encontraban hospitalizados por largos periodos y presentaban problemas para dormir (además de realizar las modificaciones ambientales necesarias); así mismo se brindó a pacientes que iban a ser sometidos a bloqueos.

Desensibilización Sistemática: En el caso de pacientes que no querían volver a sus actividades normales por temor a tener el dolor de la misma intensidad que al iniciar el tratamiento médico, se les diseñaba su lista de actividades de menor a mayor grado de movimientos los cuales iban realizando paso a paso hasta llegar a reincorporarse a su vida normal. En el caso de los bloqueos se iban viendo los pasos por los que iba a estar el paciente, se iba de lo más sencillo hasta lo que el paciente consideraba más doloroso o incapaz de soportar para que poco a poco se fueran disminuyendo los niveles de ansiedad presentados por el paciente.

Distracción y Atención Selectiva: Se llevaron a cabo durante los episodios más fuertes del dolor que presentaba el paciente; es decir, en el momento en que el paciente manifestara que su dolor estaba dentro de la escala EVA (Escala Visual Análoga) puntuando en 10, por lo general era en urgencias o en consultas paliativas. En el caso de los bloqueos se llevaba a cabo durante la realización del mismo para que no le estén poniendo el 100% de su atención al dolor provocado por las agujas que se introducen para la colocación del medicamento.

Entrenamiento en Habilidades de enfrentamiento: En los pacientes que presentaban un enfrentamiento evitativo, es decir, no quiero saber nada del tratamiento del dolor o no querían realizar actividades, se realizaba una intervención psicológica para cambiarlo y enfocarlo a la realización de algo, es decir, qué voy a hacer, cómo le puedo hacer para disminuirlo. Se necesita que el paciente este dispuesto a colaborar en su cambio y reforzarlo al ver que estos cambios se están dando.

Entrenamiento en Habilidades de comunicación: La mayoría de los pacientes se quedaban con muchas dudas acerca de su tratamiento porque no les exponían sus dudas a sus médicos tratantes o algólogos. Se les entrenaba a los pacientes en habilidades de comunicación para que ellos mismos tuvieran las herramientas para hacerles las preguntas de manera asertiva a sus médicos sin sentir vergüenza que era lo que la mayoría expresaba.

Terapia Racional Emotiva: Se trabajaba de manera individual con pensamientos, emociones y conductas de los pacientes para modificar las irracionales o desadaptativas y convertirlas a racionales o adaptativas. Las creencias de los pacientes con dolor crónico son muy parecidas y van en el sentido de ser una carga para la familia, estar en un tratamiento costoso, no valgo nada, es un castigo, etc., estas se modifican por medio de técnicas CC.

Apoyo a familiares: El tener un enfermo en casa es desgastante, más aún si el paciente presenta una enfermedad crónica (duradera) y peor aún si esa enfermedad se llama dolor. El familiar es un paciente en potencia por lo que si se detectaban estos casos en hospitalización, consulta externa, cuidados paliativos o en caso de encontrarse con un paciente en sedación terminal, se proponía una intervención psicológica con el familiar.

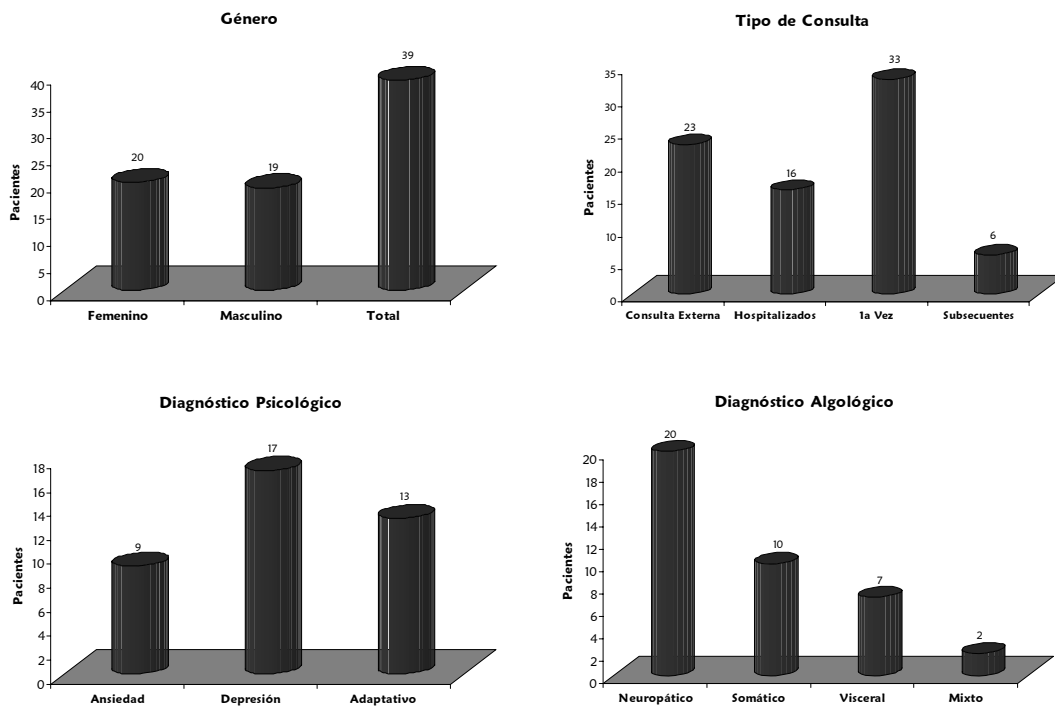
Canalización a psiquiatría: Existían algunos casos que requerían atención psiquiátrica inmediata, por ejemplo pacientes con ideaciones e intentos suicidas, trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, borderlines) que requerían medicamento, o simplemente para una valoración completa de algún paciente. Se contaba con el apoyo incondicional de la Dra. Edurne Austrich médico psiquiatra experta en el área de dolor y adscrita del INCMNSZ.

Estadísticas de la población atendida

Las gráficas que se presentan a continuación se reportan por mes y se dividen en:

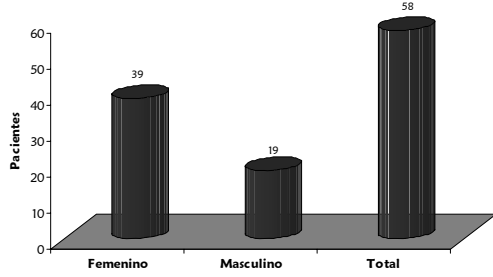
1. Género: femenino, masculino
2. Tipo de Consulta: Consulta Externa, Hospitalizados, Paliativos, Bloqueos y Urgencias. Primera Vez (1ª Vez) y Subsecuentes.
3. Diagnóstico Psicológico
4. Diagnóstico Algológico: Neuropático, Somático, Visceral y Mixto

MARZO

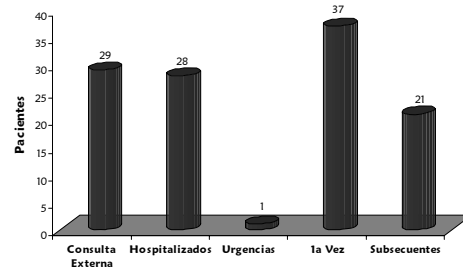


ABRIL

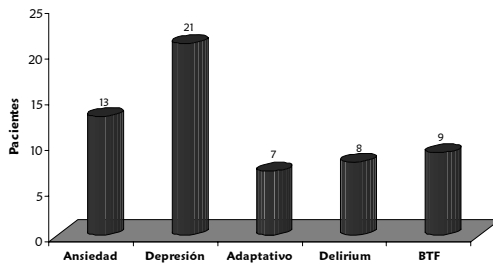
Género



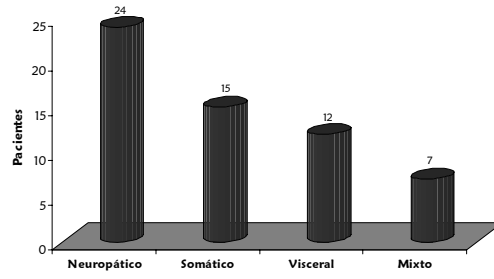
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

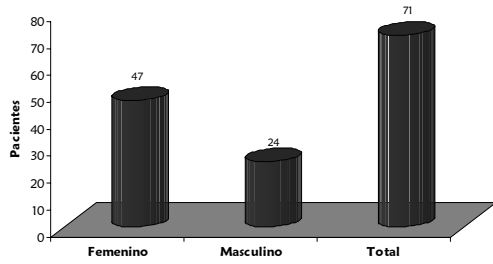


Diagnóstico Algológico

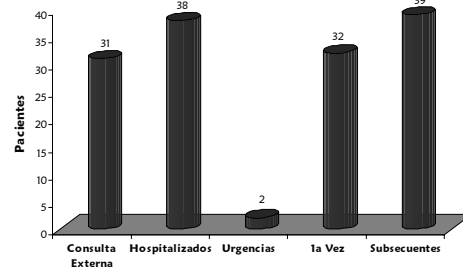


MAYO

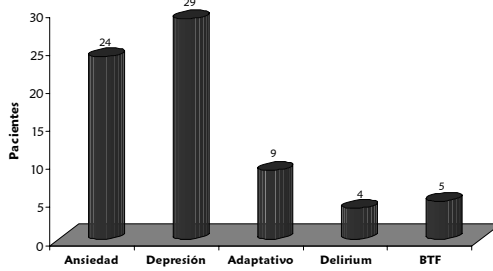
Género



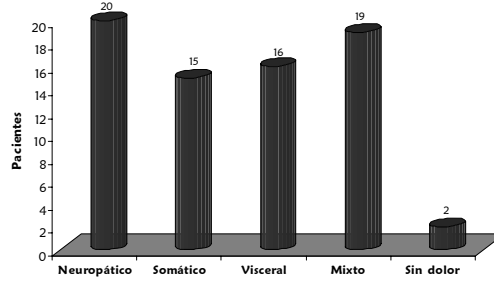
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

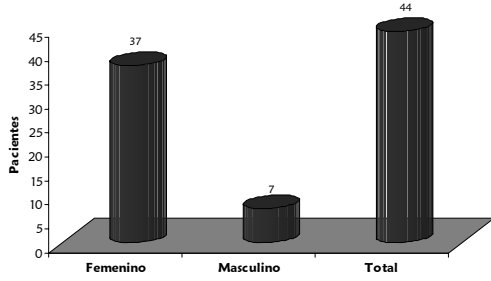


Diagnóstico Algológico

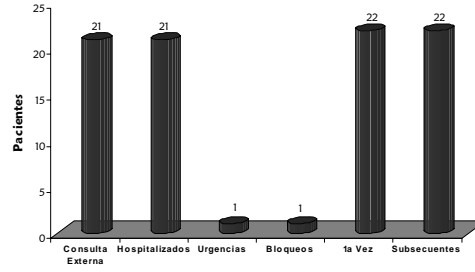


JUNIO

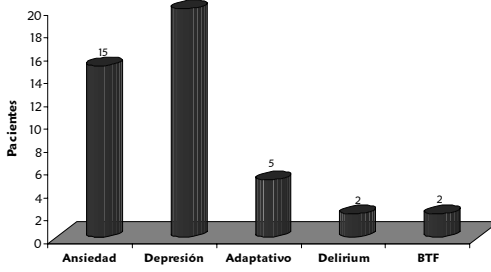
Género



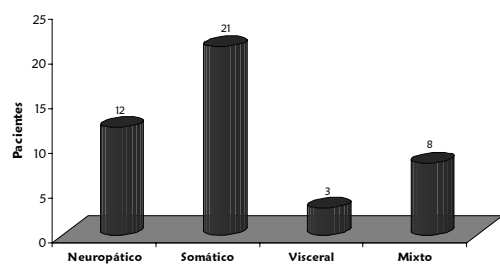
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

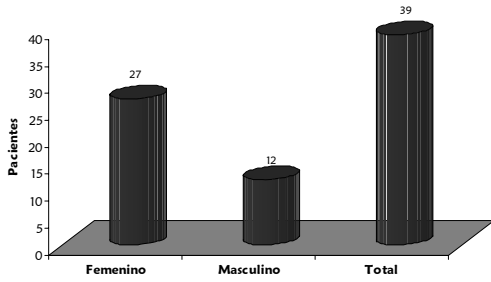


Diagnóstico Algológico

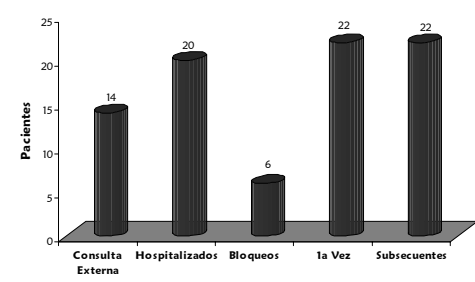


JULIO

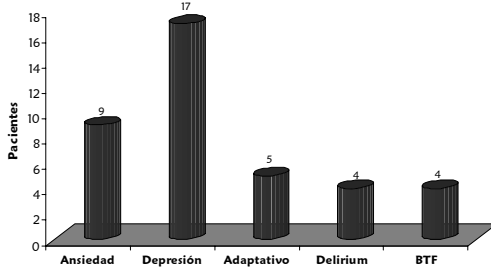
Género



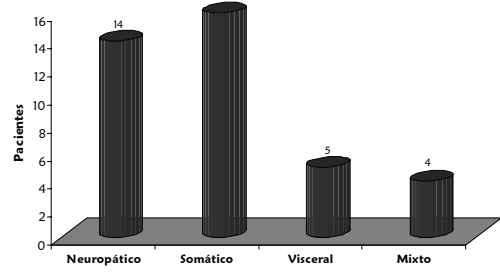
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

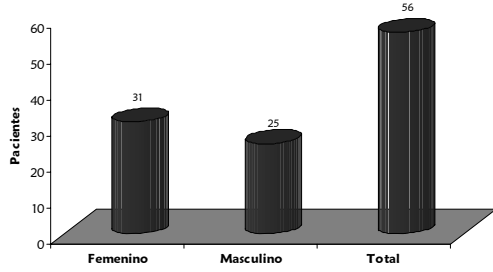


Diagnóstico Algológico

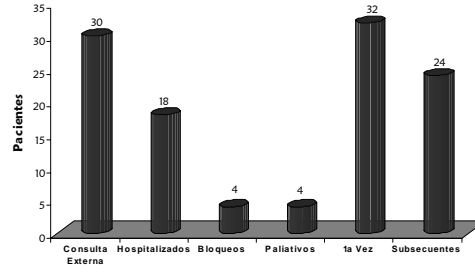


AGOSTO

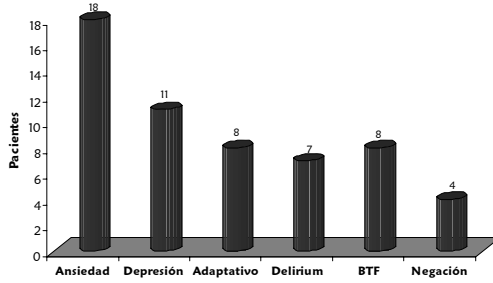
Género



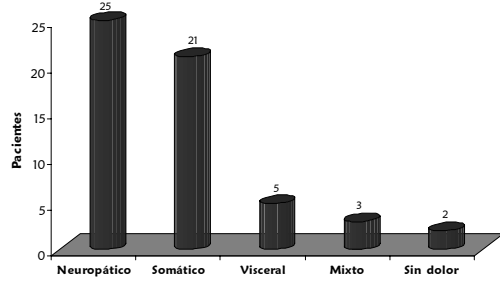
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

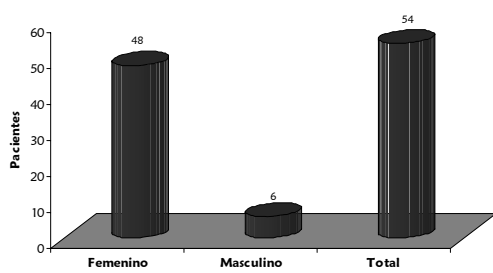


Diagnóstico Algológico

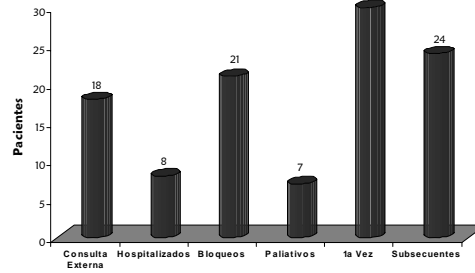


SEPTIEMBRE

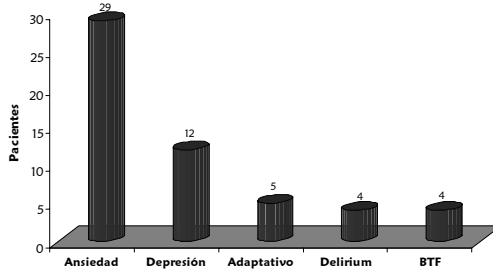
Género



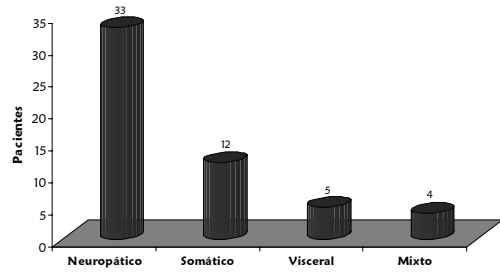
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

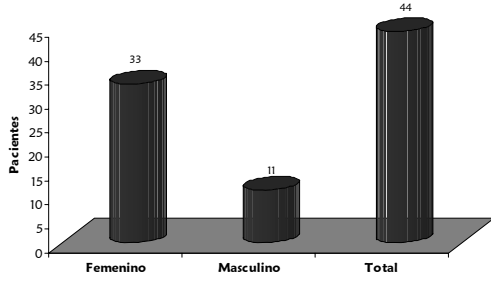


Diagnóstico Algológico

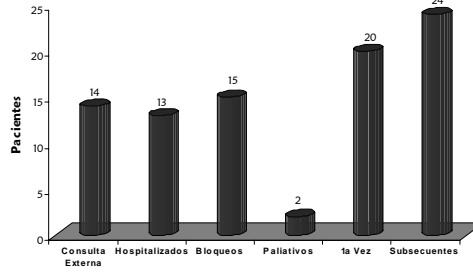


OCTUBRE

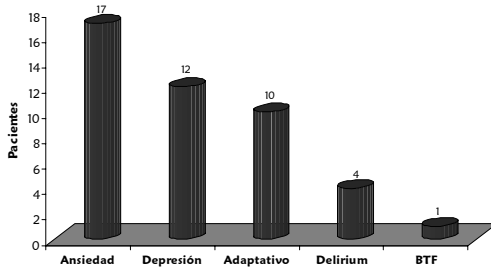
Género



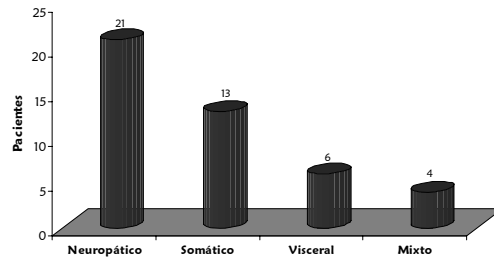
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

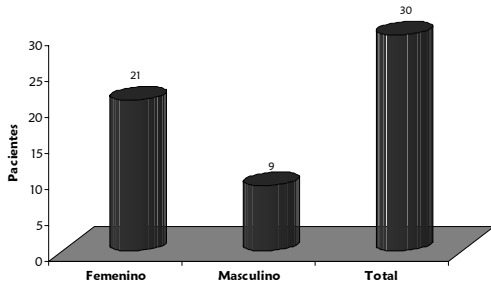


Diagnóstico Algológico

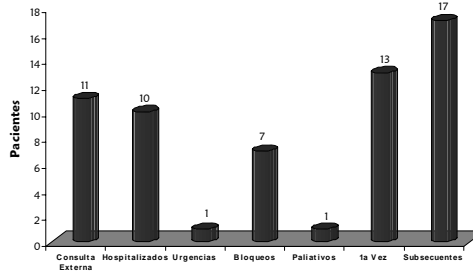


NOVIEMBRE

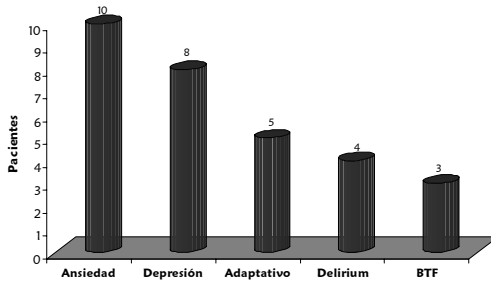
Género



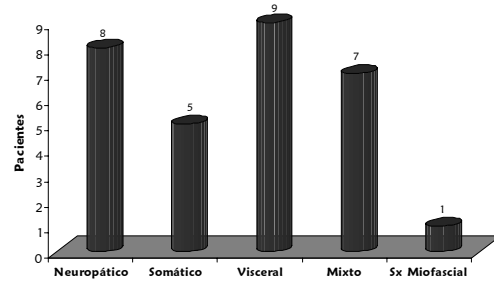
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

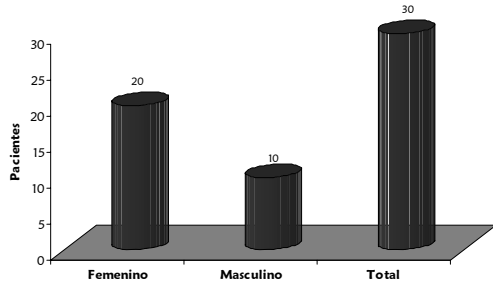


Diagnóstico Algológico

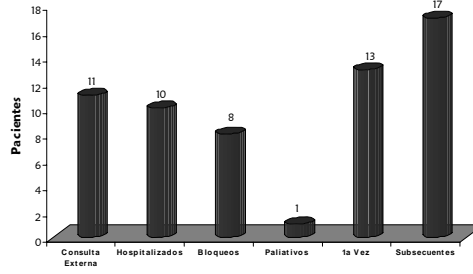


DICIEMBRE

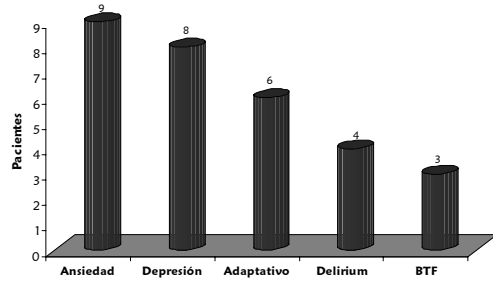
Género



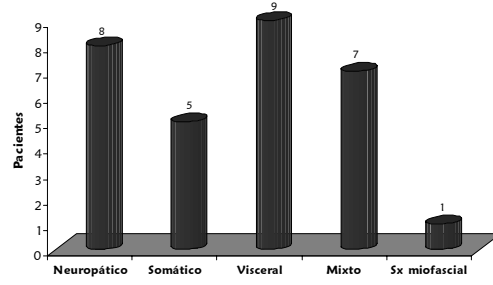
Tipo de Consulta



Diagnóstico Psicológico

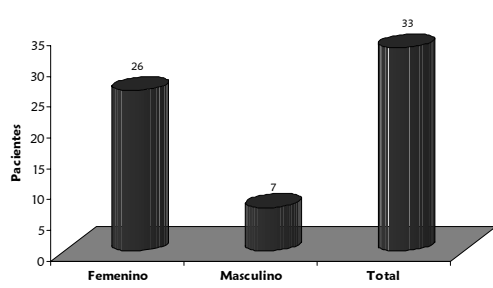


Diagnóstico Algológico

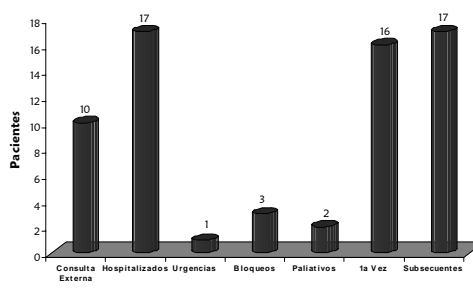


ENERO

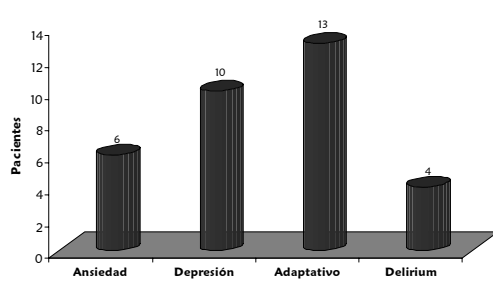
Género



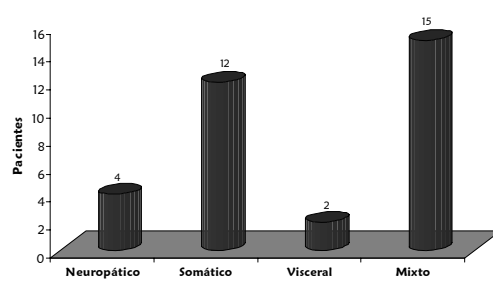
Tipo de Consulta



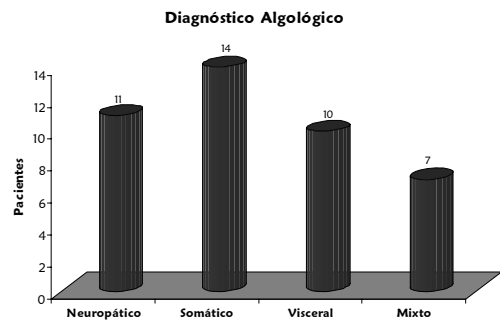
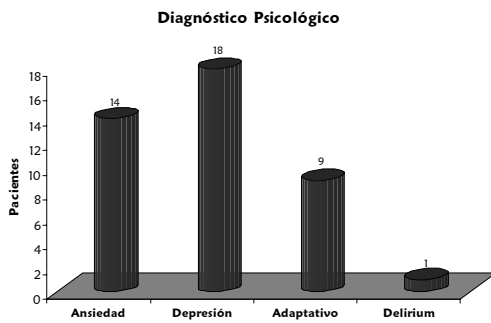
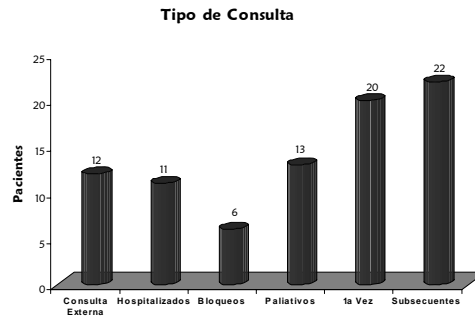
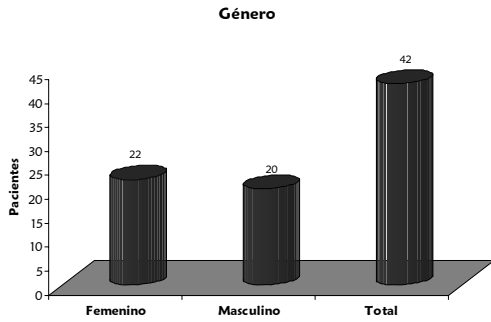
Diagnóstico Psicológico



Diagnóstico Algológico

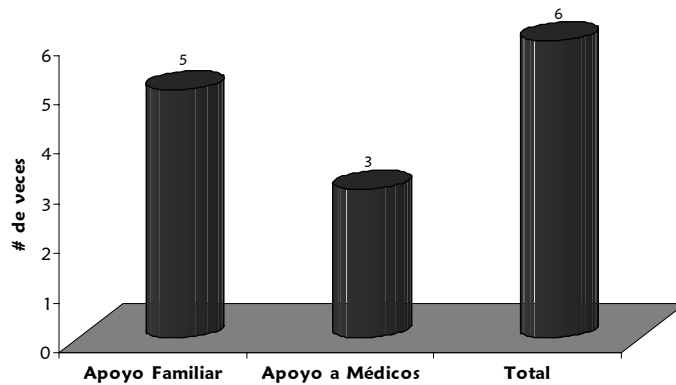


FEBRERO



SEDACIONES TERMINALES DURANTE LA ROTACIÓN

Sedaciones Terminales



Las sedaciones terminales que se realizaron por parte de la Psic. Areli Reséndiz Rodríguez durante la rotación en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos fueron en total 6, de las cuales se brindó apoyo psicológico a los familiares de los pacientes en 5 casos; mientras que en 3 de los 6 casos se brindó apoyo psicológico a los médicos que diagnosticaron y llevaron a cabo la sedación. En un

solo caso los familiares y médicos estuvieron tranquilos, por lo que no se consideró necesaria la intervención psicológica, dejándoles abierta la posibilidad en cualquier momento que lo creyeran necesario.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

La Psicóloga Areli Reséndiz Rodríguez autora de este reporte participó como asistente y ponente de los siguientes eventos:

“Intervención Cognitivo – Conductual durante la Inyección Trasforaminal de Esteroides en pacientes con Dolor Radicular”

Proyecto de investigación realizado durante el segundo año de residencia en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Publicación del artículo en trámite.

“Intervención Cognitivo – Conductual en pacientes con dolor crónico sometidos a Bloqueo Transforaminal”.

Ponencia dada en el XIII Congreso Mexicano de Psicología. Octubre, 2005. Acapulco, Guerrero.

“XXV Congreso Internacional de Dolor”.

Asistencia al Congreso celebrado en Noviembre del 2006, México. DF.

“Sesión Ordinaria de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Dolor”.

Asistencia a la Sesión de la AMETD en PISA Farmacéutica. Febrero del 2006. México, DF.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

En el documento “Plan de Estudios de Maestría en Psicología Profesional: Programa de Residencia en Medicina Conductual” (Reynoso & Seligson, 2001), que se nos fue entregado cuando recién ingresamos en Agosto del 2003, están detalladas las características de la supervisión. Este documento señala: “la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias en los alumnos” (p.37).

Supervisión in situ

La supervisora in situ fue la Psic. Sofía Sánchez Román, psicóloga adscrita al servicio de Neurología y Psiquiatría del INCMNSZ. Su formación es Psicoanalista, sin embargo continuamente estaba preparándose en temas Cognitivo –

Conductuales para brindarnos a mi compañera y a mí la mejor de las supervisiones. Se discutían y supervisaban los casos clínicos, problemáticas individuales de los pacientes, cómo mejorar las habilidades profesionales, supervisó los aspectos teóricos y prácticos del Dolor y la importancia de la Psicología en su manejo y tratamiento, todo esto con el fin de ofrecerle la mejor atención a los pacientes, brindó apoyo emocional de manera incondicional a los residentes de la maestría de medicina conductual y a los residentes de la subespecialidad de algología, ya que al estar casi el día entero juntos, algunas veces surgían problemáticas individuales que se volvían grupales. Todo lo realizó en un ambiente de respeto y cordialidad hacia nosotros.

En términos generales califico la supervisión in situ buena. Hace falta mayor conocimiento de los temas que requiere la maestría, es decir, de lo Cognitivo – Conductual.

Supervisión Académica

El supervisor académico fue el Psic. Fernando Vázquez cuya formación académica es Cognitivo – Conductual, ajustándose a las necesidades de las residentes de Medicina Conductual. Se discutían casos clínicos específicos del servicio y recomendaba bibliografía adecuada para el caso a discutir. Brindaba apoyo bibliográfico y retroalimentación de las clases mensuales que se preparaban para los médicos residentes y adscritos. En este sentido califico la supervisión académica de manera excelente.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Según lo estipulado en el perfil de egreso de la residencia de medicina conductual el cual se nos proporcionó al inicio de la misma, considero haber consolidado y desarrollado las siguientes competencias al final del segundo año de residencia:

- Capacidad de adaptación al ambiente médico, con sus reglas y nomenclaturas.
- Apego a las normas institucionales y del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Adaptación al equipo de trabajo de acuerdo con sus horarios y actividades.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Trabajo conjunto en coordinación con equipo multidisciplinario formado por médicos adscritos y residentes, enfermeras y trabajadora social.
- Creación y afinación de intervenciones psicológicas con el fin de responder a las necesidades de los pacientes y del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Practica de diferentes técnicas Cognitivo – Conductuales.
- Presentación de respeto y compromiso con la satisfacción de las peticiones, necesidades y demandas de los pacientes.

- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Elaboración y actualización de expedientes de pacientes.
- Actualización continua de temas referentes a Dolor, Cuidados Paliativos, Intervencionismo, Psicología, terapia Cognitivo – Conductual, Psiquiatría.
- Capacidad de realizar pósters y presentaciones orales en congresos nacionales e internacionales.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante las limitantes reconocidas.
- Capacidad para delimitar funciones y ganar espacio para brindar la mejor atención psicológica posible.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La rotación dentro del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos ha dejado en mí grandes momentos, aprendizajes y recuerdos agradables. Profesionalmente se pudo afianzar lo aprendido en la primera rotación y además se pudo detectar una gran oportunidad de trabajo en pacientes con dolor crónico, ya que al ser subjetiva su respuesta, no existe otra forma de observar el dolor más que trabajar directamente con el paciente. Esto lo hace aún más enriquecedor ya que los médicos no están acostumbrados a tratar tan directamente con las personas y mucho menos con sus emociones, lo cual es muy común en pacientes que sufren este padecimiento. En general fue una rotación de crecimiento profesional y personal.

Nuevamente se observa cómo la dinámica dentro del servicio es del tipo multidisciplinaria, ya que convivimos de manera muy cercana los psicólogos, médicos, enfermeras y trabajadora social. Esta fue la mejor fórmula para brindarle una atención de manera adecuada a todos y cada uno de los pacientes que fueron atendidos dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos durante la rotación de las psicólogas residentes de Medicina Conductual. Considero que la dinámica deberá continuar de esta manera en las siguientes generaciones, ya que así todos los del equipo interdisciplinario podremos aprender del trabajo del otro y así atender mejor las demandas exactas del paciente.

El llevar a cabo un curso de inducción estandarizado con los residentes que van entrando a su segundo año de rotación fue muy importante tanto para las psicólogas de recién ingreso como para nosotras, ya que el poder resumir un año de trabajo hace que se aterricen los conocimientos y practica profesional, además de ver todo lo que se ha aprehendido durante la rotación. Por otro lado las verbalizaciones de las psicólogas de nuevo ingreso fueron de gran retroalimentación para nosotras, ya que les sirvió como introducción a un mundo desconocido para ellas y para irse desensibilizando del trabajo que tendrán que realizar durante todo el año. Este curso considero que deberá ser obligatorio

brindarlo a las siguientes generaciones, ya que ayuda tanto a los que salen como a los que entran.

Continuar con el grupo de residentes médicos y psicólogas del servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, ya que representaba una manera de desahogo de las exigencias del INCMNSZ que en algunas ocasiones excedía nuestros recursos y una manera de apoyarnos era expresando nuestras emociones ante este malestar. La única manera que encontrábamos para comunicarnos adecuadamente nuestras molestias fue durante el grupo que formamos con ayuda de la Psic. Sofía Sánchez, la cual nos ofreció un espacio y tiempo necesario para expresarnos abiertamente y aprender técnicas Cognitivo – Conductuales para desarrollarnos personalmente y tener una mejor comunicación grupal.

Conservar el espacio de trabajo conseguido durante la rotación por parte de las Psicólogas Marli Hernández Valencia y Areli Reséndiz Rodríguez, ya que al ser menos el número de psicólogas que de residentes médicos, tienden a no dejar espacio de trabajo a las psicólogas por lo que necesitarán de las habilidades necesarias para conservar el lugar de manera asertiva.

Existen sugerencias que podrían ayudar a los nuevos residentes a realizar un trabajo de investigación novedoso, adaptarse mejor y más rápido al servicio, así como a realizar un trabajo psicológico más estructurado. A continuación menciono las que a mi parecer son las más importantes:

Estructurar una manera de evaluar psicológicamente a los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, ya que cada psicóloga tiene su manera particular de llevarlo a cabo.

Encontrar alguna forma de poner notas psicológicas en el expediente del paciente hospitalizado, de Consulta Externa, Paliativo o de Bloqueos, ya que según las normas del INCMNSZ solamente los médicos residentes podrán poner notas en el expediente.

Desarrollar protocolos de trabajo con pacientes Paliativos ya que es un área de difícil aproximación y por lo tanto de poca investigación. Así como no dejar de lado el trabajo psicológico que podrían llevar a cabo con familiares de pacientes con dolor Crónico o de Cuidados Paliativos, ya que también son candidatos potenciales a padecer algún tipo de desorden emocional.

REFERENCIAS

- Aguirre, G. (2001). *Técnicas cognitivo–conductuales y retroalimentación biológica en el tratamiento del dolor agudo por venopunción*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. En Pratkanis, A., Breckler, S. y Grenwald, A. (Eds.). *Attitude structure and function*. Hillsdale: J Lawrence Erlbaum Associates.
- Alcázar, R., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D. y Reynoso, L. (2001). Valoración Psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(1), 19–23.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1988). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ed Pirámide.
- Andreu, P. y Force, E. (1997). *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. España: Masson. 11–44.
- Auerbach, S. (1973). Trait – State Anxiety and adjustment to surgery. *Journal of consulting and clinical psychology*, 40, 264–27.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman and Company.
- Barragán, L., Cruz, B., Fulgencio, M., Barragán, N. y Ayala, H. (1998). *Manual de autocontrol del estrés*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bonica, J. (1990). *The Management of Pain* (2nd edition). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Brenner, B. (1997). *The Kidney*. Philadelphia: WB Saunders Co.
- Brickman, A. y Yount, S. (1996). Noncompliance in end-stage renal disease. A threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(4), 399–412.
- Buchanan, D. y Abram, H. (1989). Psychological adaptation to hemodialysis. En Moss, R. (Ed.). *Coping with physical illness2: new perspectives*. Nueva York: Plenum Medical.
- Buela-Casal, G. y Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada. Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Campos, G. (2002). Reporte final de Actividades Profesionales de la Residencia en Medicina Conductual UNAM. Tesis de Maestría.
- CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes (2006). Website: www.cenatra.gob.mx.
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1973). Active coping proceses, coping dispositions and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375–389.
- Coughlin, A. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(6), 739–740.
- Cruzado, J., Labrador, F., De la Puente, M. y Vallejo, M. (1990). El Dolor. En Fuentenebro, F. y Vázquez, C. *Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría, Vol I*. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill.

- Cuencas, R., McCoy, C., Selby, D. y McManemin, F. (1991). La Medicina Conductual: un modelo interdisciplinario en una clínica para el dolor crónico de la columna. *Salud Mental*, 14(4), 25–32.
- Chapman, C. (1986). Pain, perception and illusion. En Sternbach, R. *The psychology of pain*. Nueva York: Ed Raven Press.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J. y Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end stage renal disease. *Journal of behavioral medicine*, 12, 249–265.
- Deacon, B. y Abramowitz, J. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta – Analytic Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 429–441.
- Doleys, D. y Binoff, B. (2003). Psychological Aspects of Interventional Therapy. *Anesthesiology Clinics of North America*, 21(4), 1–13.
- Donker, F. (1999). Tratamiento psicológico del dolor crónico. En Simon, M. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Feine, J. (1988). Memories of chronic pain and perceptions of relief. *Pain*, 77(2), 137–141.
- Ferrari, R. (2000). Prevention of Chronic Pain alter whiplash. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 19(6), 526–530.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatr Res*, 12, 189–198.
- Fordyce, W. (1991). Behavioral factors in pain. *Neurosurgical Clinic of North America*, 2(4), 749–759.
- Foreyt, J. (1990). Behavioral Medicine. En Franks, C., Wilson, G., Kendall, P. y Foreyt, J. (Eds.). *Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. Nueva York: The Guildford Press.
- Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez, A. y Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 66, 46–55.
- Gamsa, A. (1994). The role of Psychological factors in chronic pain. A critical appraisal. *Pain*, 57, 5–30.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. y Hurtado, A. (2002). Mala Adherencia a la dieta en Hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22(3), 245–252.
- Ghulam, A., Kessler, M., Bachmann, L., Haller, U. y Kessler, T. (2006). Patients´ Satisfaction with the preoperative Informed Consent Procedure: A multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 307–312.
- González, R., Ferrer, V. y Manasero, M. Evaluación del dolor. En Martorell, M. *Técnicas de evaluación psicológica*. Valencia: Promolibro.
- Granot, M. y Goldstein, S. (2005). The roles of Pain Catastrophizing and Anxiety in the prediction of postoperative pain intensity. *Clinical Journal of Pain*, 21(5), 439–445.
- Hansen, G. y Streltzer, J. (2005). The Psychology of Pain. *Emergency medicine clinics of North America*, 23, 339–348.

- IASP (subcomité de taxonomías). (1994). *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. 209–214.
- IASP(2006): www.iasp-pain.org/terms
- INEGI: Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno #19. Edición 2002.
- INEGI: Estadísticas Demográficas. Cuaderno #14. Edición 2002.
- Jonson, P. (1980). *Estados de Ansiedad*. España: Siglo XXI.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. y Lim, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery. *Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective*, 32(1), 35–43.
- Kaplan, A. y Hafner, A. (1959). Manifest anxiety in hospitalized children. *Journal of clinical psychology*, 15, 301–302.
- Karoly, P. y Jensen, S. (1987). *Multimethod assessment of Chronic Pain*. Nueva York: Pergamon Press.
- Katz, M., Irish, J. y Devins, G. (2004). Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 642–653.
- Knox, H. y Todd, M. (2005). Pain Assessment Instruments for Use in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, 285–295.
- Lazarus, J. y Denker, B. (1997). Hemodiálisis. En Brenner, B. (Ed.). *The Kidney*. Philadelphia: WB Saunders Co., 2424–2426.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J., De la Camara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L., Montañez, J. y Aznar, S. (1999). Revalidación y Normalización del Mini-Examen Cognoscitivo en la población general geriátrica. *Med Clin*, 112, 767–774.
- Long, C. (1989). Renal Care. En Broome, A. (Ed.). *Health Psychology*. Nueva York: Chapman and Hall.
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. y Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación Clínica*, 54(5), 403–409.
- Losas, S. (1999). *Dolor Crónico Pélvico. Bloqueo de Plexo Hipogástrico Superior y Bloqueo del Ganglio Impar*. Uruguay: Cátedra de Anestesiología. Trabajo de 2º año. Universidad de la República. Uruguay.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1990). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Melamed, B. y Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43, 511–552.
- Melzack, R. y Dennis, S. (1980). Phycogenetic evolution of pain expression in animals. En Kosterlitz, H. y Terenins, L. *Pain and Society*. Nueva York: Weinheim, Verlag Chemie.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971–979.

- Méndez, F., Macía, D. y Olivares, J. (1993). Intervención Conductual en Contextos Comunitarios 1. Programas aplicados de prevención. Programas de preparación para la cirugía. Capítulo 6. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mercado, G. (1992). *Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos*. México: Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Miró, E. y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del dolor crónico. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Ed. Siglo XXI. 727–756.
- Mulligan, K. y Rowlingson, J. (2001). Epidural Steroids. *Current Pain and Headache Reports*, 5, 494–502.
- Nicholson, B. (2003). Responsible Prescribing of Opioids for the Management of Chronic Pain. *Drugs*, 63(1), 17–32.
- O'Donnell, K. y Chung, J. (1997). The Diagnosis of major depression in end-stage of renal disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(1), 38-43.
- Payne, R. (2000). Chronic pain: Challenges in the assessment and management of cancer pain. *Journal of Pain Symptom management*, 19, S12–S15.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. Madrid: Ed Martínez Roca.
- Perron, V. y Schonwetter, R. (2001). Assessment and Management of Pain in Palliative Care Patients. *Cancer Control*, 8(1), 15–24.
- Pinkerton, S., Hughes, H. y Wenrich, W. (1982). *Behavioral Medicine: Clinical Applications*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Plata, M., Castillo, M. y Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(4), 16–23.
- Ramírez Tena, I. (2000). Prosecretario técnico de la Organización Nacional de Trasplantes. *Aspectos Médicos del Trasplante*. Conferencia dictada el 30 de agosto del 2000 en el curso de “Temas selectos de derecho y salud”. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM.
- Rodríguez, G. (2000). *Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez G, Pérez F, Rojas R, Reyes I, Méndez R. (2004). Trasplante de órganos y tejidos: creencias, actitudes e intenciones conductuales en la población mexicana. En Rodríguez, G. (Coord). *Medicina Conductual en México*. México: Ed. Porrúa. 131–167.
- Rundel, L. y Hall, R. (1997). Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation liaison inpatients. *Psychosomatics*, 38(3), 269–276.
- Sime, A. (1976). Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recovery from surgery. *Journal of personality and social Psychology*, 34, 716–724.
- Society of Behavioral Medicine (2005). *Bylaws of the Society of Behavioral Medicine*. Society of Behavioral Medicine, Washington, D.C.
- Spielberger, C. (1976). *Tensión y ansiedad*. México: Editorial Harla.

- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado*. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C., Urrutia, A., González, F. y Díaz-Guerrero, R. (1996). *Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado*.
- Stapleton, S. (2000). Powerlessness in persons with end stage renal disease. En Miller, J. (Ed.). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (3rd edition). Philadelphia: Davis Company.
- Sternbach, R. (1985). Acute versus chronic pain. En Wall, P. y Melzack, R. *Textbook of pain*. Nueva York: Churchill-Livingstone.
- Symister, P. y Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment renal disease: health psychology perspective. En Resnick, R. y Rozensky, R. *Health Psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington: American Psychological Association.
- Taylor, H. y Curran, N. (1985). *The Nuprin Pain Report*. Nueva York: Louis Harris.
- Terán, D., Ruiz, J., Estrada, G., Barajas, L. y Díaz, A. (2001). Anxiety and depression among renal transplantation candidates: impact of donor availability. *Actas 1: Esp Psiquiatr*, 29(2), 91.
- Turk, D. (2003). Cognitive–Behavioral Approach to the Treatment of Chronic Pain Patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(6), 573–579.
- Turk, D., Meichenbaum, D., Genest, M., Andreu, P. y Force, E. (1997). *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. España: Masson. 11–44.
- Turk, D. y Nash, J. (1993). Chronic Pain: News ways to cope. En Coleman, D. y Gurin, J. *Mind Body Medicine. How to use your mind for better health*. Nueva York: Publicaciones de la Unión de Consumidores de los Estados Unidos.
- Turner, J. (2000). Do Beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?. *Pain*, 85(1-2), 115–125.
- Turner, J., Deyo, R. y Loeser, J. (1994). The importance of placebo effects y pain treatment and research. *JAMA*, 271, 1609–1614.
- Vargas, M. (2000). Secretaría de Salud Hospital Juárez de México: 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3), 136–138.
- Viveros, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3), 134–135.
- Weiss, S. y Shields, J. (1980). The National Institute of Health and Behavioral Medicine. *National Forum*, 60, 30–32.
- Wells, J., Howard, G., Nowling, W. y Vargas, M. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 54(6), 831–835.
- White, C. (2001). *Cognitive Behavior Therapy for Chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. West Sussex, England: Wiley & Sons.
- Wolf, C. y Mannion, R. (1999). Neuropathic Pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet*, 353, 1959–1964.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scan*

ANEXO 1

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA PACIENTES CON
DOLOR CRÓNICO SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS
MÉDICO – INVASIVOS (BLOQUEOS)**



INCMNSZ

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"
SERVICIO DE PSICOLOGÍA / CLÍNICA DE DOLOR
MEDICINA CONDUCTUAL / UNAM**

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA PROCEDIMIENTOS (Bloqueos)

1.- INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

- ☞ Fecha de la entrevista _____
- ☞ Nombre del paciente _____
- ☞ Registro _____
- ☞ Edad _____ años
- ☞ Fecha de nacimiento _____
- ☞ Lugar de nacimiento _____
- ☞ Lugar de residencia _____
- ☞ Genero F M
- ☞ Religión _____
- ☞ Estado Civil _____
- ☞ Ocupación _____
- ☞ Escolaridad _____
- ☞ Grado escolar repetido: Si No Cuál: _____
- ☞ Problemas de aprendizaje
 - Especificar (lectura, cálculo, dislexia) _____
- ☞ MMS (puntaje): _____
- ☞ Diagnóstico médico (tomarlo del expediente)

- ☞ Diagnóstico algológico (tomarlo del expediente)

2.- EXAMEN MENTAL

Calificación de las características del paciente durante la entrevista 0=NO, 1=SI

Alerta		Aliñado	
Cooperativo		Orientado	
Deterioro en la concentración		Deterioro en el juicio	
Deterioro en la memoria		Problemas de lenguaje	

- ☞ Estado de ánimo (normal, alegre, depresivo, ansioso, irritable, desesperanzado)

- ☞ Desórdenes del dormir (ninguno, incremento, decremento)

- ☞ Desórdenes de la alimentación (ninguno, incremento, decremento del apetito)

- ☞ Cambios en el nivel de energía (ninguno, incremento, decremento)



3.- ASPECTOS FAMILIARES

☞ Relación Familiar

☞ Redes de apoyo

4.- FAMILIOGRAMA

5.- HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Alguna vez usted a padecido (describir):

☞ Depresión severa

☞ Ideas suicidas

☞ Ansiedad severa

☞ Ataques de pánico

☞ Medicamentos psicotrópicos

☞ Hospitalizaciones psiquiátricas/psicoterapia

☞ Consumo de drogas, alcohol y/o tabaco

☞ Antecedentes psiquiátricos en la familia



6.- COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD (el paciente conoce su...)

- ☞ Diagnóstico médico _____
- ☞ Fecha de inicio de la enfermedad _____
- ☞ Diagnóstico algológico _____
- ☞ Fecha de inicio de tratamiento algológico _____

PROCEDIMIENTO ALGOLÓGICO (BLOQUEO)

- ☞ Sabe usted lo qué es un bloqueo?, me lo podría describir:-

- ☞ Qué miedos tiene acerca del procedimiento al que se va a someter?

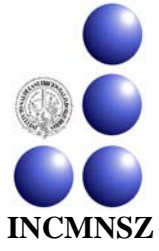
Calificación a las respuestas del paciente en las siguientes preguntas:
0=lo ignora, 1=pobre, 2=bueno, 3=excelente

Habilidad para identificar medicamentos del bloqueo	
Habilidad para definir el propósito de los medicamentos del bloqueo	
Habilidad para definir efectos secundarios del bloqueo	
Comprensión de los riesgos del bloqueo	
Comprensión de las probabilidades de éxito del bloqueo	
Comprensión del curso de recuperación posterior al bloqueo	

7.- MOTIVACIÓN PARA EL BLOQUEO

- ☞ Cómo cree que va a ser su vida después del bloqueo:

- ☞ Qué metas tiene a corto y largo plazo posterior a su bloqueo



8.- QUE DUDAS TIENE ACERCA DEL BLOQUEO?

9.- OBSERVACIONES:

ANEXO 2

MINI – EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO “MEC”

MMS

Lobo y cols. 1979 -85

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

ORIENTACIÓN

“Dígame el día..... Fecha Mes

Estación.....Año

“Dígame el Hospital (o lugar) Piso..... Ciudad

Estado País.....

5				
5				

FIJACIÓN

“Repita éstas tres palabras:

Peso- Caballo- Manzana” .

(Repetirlas hasta que se las aprenda).....

3				
---	--	--	--	--

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

“Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando?.....

“Repita éstos números: 5 – 9 - 2 (hasta que se los aprenda).

“Ahora hacía atrás”.....

5				
3				

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho

antes?.....

3				
---	--	--	--	--

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo “¿Qué es esto?” Repetirlo con el reloj.....

“Repita ésta frase”: “En un trigal había cinco perros”.....

“Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?” ¿Qué son un perro y un gato?.....

“Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa”

“Lea esto y haga lo que dice”

CIERRE LOS OJOS.....

“Escriba una frase”

“Copie este dibujo”.....

2				
1				
2				
3				
1				
1				
1				

PUNTUACIÓN TOTAL

35

Nivel de Conciencia (Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma)

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA “HAD”



ESCALA HAD (2000)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Registro:

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí pero no me preocupa No siento nada de eso

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

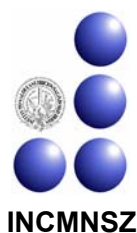
Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

ANEXO 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD – ESTADO “IDARE - E”



IDARE – E AUTOEVALUACION

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

REGISTRO:

FECHA:

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación del 0 al 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando las respuestas que mejor describan su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento a gusto	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy tranquilo	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobresaltado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANEXO 5

**REPORTE PSICOLÓGICO DE PACIENTES
RECEPTOR/DONADOR DEL SERVICIO DE
TRASPLANTES**

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
AREA DE PSICOLOGÍA**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Gerardo Suárez Vázquez

Edad: 16 años

Sexo: Masculino

Originario: Edo. Mex.

Escolaridad: Secundaria

Estado Civil: Soltero

Expediente: 53 40 21

MOTIVO: Valoración psicológica de Gerardo Suárez Vázquez en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado (receptor).

INSTRUMENTOS EMPLEADOS

- ✓ Entrevista estructurada para Trasplante Renal
- ✓ Escala de Depresión de Beck
- ✓ Escala de Ansiedad de Beck
- ✓ Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con insuficiencia renal
- ✓ IDARE
- ✓ Inventario de Personalidad 16 PF

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Se trata de paciente masculino que ingresa a protocolo de trasplante renal de donador vivo relacionado en junio del 2004, con edad aparente a la cronológica, quien durante la evaluación siempre se mostró cooperador, tranquilo, con facie relajada, presentándose en buenas condiciones de aliño e higiene y con actitud libremente escogida.

Orientado en las tres esferas, no presenta alteración en la sensopercepción, pensamiento, atención, concentración y juicio, la memoria a corto y largo plazo están conservadas, con lenguaje fluido, coherente y congruente, sin alteraciones del afecto.

EVOLUCIÓN

Gerardo se encuentra actualmente en protocolo de donador vivo relacionado, con buena aceptación de la enfermedad. Se realizaron sesiones para manejo de información acerca del trasplante, conocimiento de los medicamentos inmunosupresores, periodo de aislamiento, conocimiento de método sustitutivo de hemodiálisis y control del estado de ánimo, en donde el paciente siempre se ajusto de manera positiva a conductas para una adecuada adherencia al tratamiento. Muestra buenas estrategias de afrontamiento, principalmente en el tiempo de espera prolongado por las interconsultas.

COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

Gerardo conoce su diagnóstico y es consciente de que su salud depende en gran medida de los autocuidados que tenga, se encuentra enterado de los procedimientos inherentes a un trasplante, aceptando el riesgo que implica la cirugía. Conoce las posibilidades del rechazo del injerto, no obstante esto no interfiere con su deseo de ser trasplantado. Así mismo, tiene conocimiento del periodo de aislamiento y del consumo de medicamentos inmunosupresores de por vida.

MOTIVACIÓN PARA EL TRASPLANTE

Gerardo comenta que desea ser trasplantado para mejorar su calidad de vida y pasar el menor tiempo en hemodiálisis, además de continuar estudiando. La decisión para trasplantarse fue tomada por iniciativa propia sin que para ello haya influido u obligado persona alguna.

RELACIÓN FAMILIAR

La familia de Gerardo está formada por su mamá y su papá, en donde se observan jerarquías definidas con roles bien distribuidos. Gerardo está al cuidado directo de su mamá, sin embargo su papá y sus tíos se mantienen en constante contacto con él. En general el paciente cuenta con el apoyo tanto social como familiar necesario para una adaptación al trasplante.

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Depresión de Beck: Depresión mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Ansiedad de Beck: Ansiedad mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT: Adecuada adherencia al tratamiento sin contraindicación para el trasplante.

IDARE: Presenta ansiedad de estado y rasgo leve, es una persona controlada, sin ansiedad situacional o como característica personalidad.

Inventario de personalidad 16 PF: Participativo, cae dentro del rango promedio de inteligencia, emocionalmente estable, afectuoso, imaginativo, activo, confiado en sí mismo, sincero, autosuficiente, respetuoso de las ideas y adherente.

CONCLUSIÓN

Con base en la información recabada se propone a **GERARDO SUÁREZ VÁZQUEZ** como candidato apto psicológicamente para someterse a un trasplante renal, pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometido y ha aceptado por su propia voluntad participar en el protocolo de trasplante.

Se brindará apoyo psicológico en las fases pre y postoperatorias.

ATENTAMENTE

México, D.F., a 2 de diciembre del 2004

Psic. Areli Reséndiz Rodríguez
R1 Medicina Conductual

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe del Servicio de Psiquiatría

C. Gerardo Suárez Vázquez

Paciente

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
AREA DE PSICOLOGÍA**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Miriam Patricia Vázquez Navarro
Edad: 36 años
Sexo: Femenino
Originario: Edo. Méx.
Ocupación: Hogar
Escolaridad: Carrera comercial
Estado Civil: Unión libre
Expediente: 58 16 63

MOTIVO: Valoración psicológica de Miriam Patricia Vázquez Navarro en Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado (donadora).

INSTRUMENTOS EMPLEADOS

- ✓ Entrevista estructurada para Trasplante Renal
- ✓ Escala de Depresión de Beck
- ✓ Escala de Ansiedad de Beck
- ✓ Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con insuficiencia renal
- ✓ IDARE
- ✓ Inventario de Personalidad 16 PF

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Se trata de paciente femenina que ingresa a protocolo de trasplante renal de donador vivo relacionado en junio del 2004, con edad aparente a la cronológica, quien durante la entrevista y exploración se encuentra en buenas condiciones de higiene y aliño, siempre se mostró alerta, cooperadora, tranquila, con facie relajada y actitud participativa.

Orientada en las tres esferas, no presenta alteración en la sensopercepción, pensamiento, atención, concentración y juicio, la memoria a corto y largo plazo están conservadas, con lenguaje fluido, coherente y congruente, sin alteraciones

del afecto. Presenta habilidades de afrontamiento positivo y con redes de apoyo adecuadas.

EVOLUCIÓN

Miriam ingresa al Servicio de Trasplante con actitud cooperadora y dispuesta para realizar el protocolo de trasplante renal, muestra buen conocimiento del procedimiento, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo adecuadas. Refiere no tener ganancias secundarias por el hecho de donarle un riñón a su hijo.

COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

Miriam conoce el proceso de trasplante renal y es consciente de los autocuidados que se requieren para su procedimiento pre y postoperatorios inherentes al trasplante, aceptando el riesgo que implica la cirugía. Conoce las posibilidades del rechazo del injerto, no obstante esto no interfiere con su deseo de ser donadora. Así mismo, tiene conocimiento del periodo de aislamiento y del proceso de recuperación.

MOTIVACIÓN PARA EL TRASPLANTE

Miriam comenta que desea que su esposo tenga una mejor calidad de vida y verlo bien para que pueda cumplir las metas que tienen en común.

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Depresión de Beck: Depresión leve, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Ansiedad de Beck: Ansiedad mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT: Adecuada adherencia al tratamiento sin contraindicación para el trasplante.

IDARE: presenta ansiedad de estado y rasgo mínima. Es una persona controlada por lo que no existe contraindicación para el trasplante.

Inventario de personalidad 16 PF: Expresiva, afectuosa, aventurada, persistente, respetuosa de las ideas establecidas, acepta condiciones, cae dentro

del rango promedio de inteligencia, adherente y con buena tolerancia a la frustración.

CONCLUSIÓN

Con base en la información recabada se propone a **MIRIAM PATRICIA VÁZQUEZ NAVARRO** como candidata apta psicológicamente para ser donadora en un trasplante renal de vivo relacionado, pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones de la cirugía a la que será sometida y ha aceptado por su propia voluntad participar en el protocolo de trasplante.

Se brindará apoyo psicológico en las fases pre y postoperatorias.

ATENTAMENTE

México, D.F., a 2 de diciembre del 2004

Psic. Areli Reséndiz Rodríguez
R1 Medicina Conductual

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
Jefe del Servicio de Psiquiatría

C. Miriam Patricia Vázquez Navarro

Paciente

ANEXO 6

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
PACIENTES CON IRCT CANDIDATOS A TRASPLANTE
RENAL**

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON IRCT CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

Objetivo: Preparar al paciente candidato a trasplante renal para la cirugía, periodo de aislamiento y cuidados postrasplante.

Objetivos Específicos

- ✓ Que el paciente adquiriera información básica acerca del padecimiento y de los cuidados antes, durante y después del trasplante.
- ✓ Fomentar la adaptación del paciente al ambiente hospitalario a través de visitas guiadas a las instalaciones y de la presentación con el personal.
- ✓ Entrenar al paciente en relajación a través de respiración diafragmática, imaginación y relajación autógena.

Sujetos

Pacientes con IRCT candidatos a trasplante renal del servicio de trasplante renal del HJM.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- ✓ Niveles leves a moderados de ansiedad.
- ✓ Sin trastornos psicopatológicos.
- ✓ Hispano-hablantes.
- ✓ Carta de autorización firmada.

Criterios de exclusión

- ✓ Faltas injustificadas al grupo
- ✓ Hospitalización por descompensación

Material

- ✓ Carta de autorización del paciente para participar en el proyecto.
- ✓ Ilustraciones del riñón, diálisis, hemodiálisis.
- ✓ Video de trasplante renal
- ✓ Báscula
- ✓ Marcadores

Instrumentos

- ✓ Entrevista Estructurada para trasplante renal
- ✓ Inventario de ansiedad de Beck
- ✓ Inventario de depresión de Beck
- ✓ Hojas de registro

Duración

6 sesiones de 60 minutos cada una.

Diseño

Cuasiexperimental pre- post test

Tipo de estudio

ABA

Procedimiento**Sesión 1: Bienvenida, conocimiento del personal psicológico y aplicación de instrumentos.**

Objetivo: que el paciente conozca las ventajas y desventajas del protocolo estructurado para preparar a los pacientes candidatos a trasplante renal. Obtener información acerca del estado actual del paciente mediante la aplicación de los instrumentos.

Procedimiento:

1. Bienvenida
2. Presentación de psicólogas
3. Dinámica grupal para conocerse entre los integrantes
4. Reglas del grupo
 - a. Asistencia
 - b. Puntualidad
 - c. Respeto
 - d. Círculo Mágico
5. Conocimiento del protocolo de trasplante renal
 - a. Qué es?
 - b. Para qué sirve?
 - c. En que consiste?
 - d. Diferentes aspectos a evaluar: médico, psicológico y social.
6. Aplicar los instrumentos antes mencionados.
7. Pesar a los participantes.
8. Despedida

Sesión 2: Conocimiento del personal médico y del funcionamiento del riñón.

Objetivo: Que los pacientes conozcan a los médicos especialistas que van a realizar el trasplante renal. Que los pacientes tengan conocimientos homogéneos de la fisiología y anatomía renal, así como de la IRCT.

1. Bienvenida
2. Presentación de los médicos
 - a. Función y jerarquías
 - b. Cuándo se pueden dirigir a ellos
 - c. Problemas que pueden resolver
3. Funcionamiento del riñón
 - a. Fisiología y anatomía básica del riñón.
 - b. Funciones del riñón

- c. Que es la Insuficiencia Renal (aguda y crónica).
- d. Causas de la IRCT
- e. Síntomas comunes de la IRCT
- 4. Métodos sustitutivos
 - a. Diálisis
 - b. Hemodiálisis
- 5. Trasplante renal
 - a. Protocolo de donador vivo relacionado y cadavérico
 - b. En qué consiste la cirugía (con apoyo de un video educativo sobre la realización de un trasplante renal).
 - i. Dónde se realiza
 - ii. Cómo se realiza
 - iii. Duele o no duele
 - iv. Tiempo de recuperación
- 6. Pesar a los pacientes
- 7. Cierre de sesión y despedida

Sesión 3: Conocimiento del periodo de aislamiento y de la inmunosupresión. Enseñarles técnicas de relajación.

Objetivo: que los pacientes tengan conocimiento homogéneo del periodo de aislamiento, métodos inmunosupresores y de las técnicas de relajación. Practicar técnica de relajación autógena e imaginaria.

- 1. Bienvenida
- 2. Aislamiento
 - a. En qué consiste el periodo de aislamiento
 - b. Para qué sirve
 - c. Cuánto dura
 - d. Qué personal tiene contacto con el paciente.
 - e. Enlistar la lluvia de ideas acerca de las actividades que le gustaría realizar el paciente, durante el periodo de aislamiento.
 - f. Conocimiento en vivo del cuarto de aislado
 - i. Cómo es
 - ii. Que colores tiene
 - iii. Que muebles tiene
 - iv. Que pensamientos genera en el paciente estar ahí.
- 3. Inmunosupresores
 - a. Cuáles existen
 - b. Para qué sirven
- 4. Técnicas de relajación
 - a. Cuáles son
 - b. en qué consisten
 - c. para qué sirven
 - d. beneficios que puede obtener el paciente al utilizarla.
 - e.Cuál es la mejor para no dañar su catéter
 - f. Modelamiento de la técnica de relajación autógena e imaginaria.
 - g. Ensayo conductual

- h. Retroalimentación.
- 5. Pesar a los pacientes
- 6. Cierre de sesión y despedida

Sesión 4: Presentación del personal de enfermería y algunos pacientes ya trasplantados. Conocimiento de los autocuidados antes, durante y después del trasplante. Elaborar registro de autocontrol. Practicar relajación autógena e imaginería.

Objetivo: Que el paciente conozca la labor de la enfermera en el paciente trasplantado y pueda tener evidencia en vivo de pacientes trasplantados. Que el paciente elabore su propio programa de autocontrol y siga practicando la relajación autógena e imaginería.

1. Bienvenida
2. Presentación de la Jefa de Enfermeras
 - a. Cuál es su rango
 - b. Cuántas enfermeras existen en el servicio
 - c. Actividades que realizan dentro del servicio
 - d. Cómo apoya al paciente durante el periodo de aislamiento
 - e. Responder preguntas realizadas por el paciente
3. Presentación de los pacientes trasplantados
 - a. Exposición de experiencia de un paciente trasplantado de donador cadavérico
 - b. Exposición de experiencia de un paciente trasplantado de donador vivo relacionado
 - c. Experiencia de un paciente donador
 - d. Respuesta a las preguntas de los pacientes integrantes del grupo por parte de los invitados.
4. Autocuidados que debe tener el paciente con IRCT candidato a trasplante renal. Darles el manual de autocuidados (ver apéndice A)
 - a. Dieta
 - b. Ejercicio
 - c. Medicamentos
5. Elaborar programa de autocontrol
 - a. Con los déficits y excesos en los autocuidados que deberán tener
 - b. Elaborar un autoregistro con la conducta a modificar
 - c. Enseñar el llenado del autoregistro
6. Practicar técnicas de relajación autógena e imaginería
7. Pesar a los pacientes
8. Cierre de sesión y despedida

Sesión 5: Fomentar el autocontrol en los pacientes. Practicar la relajación autógena e imaginería.

Objetivo: Que el paciente conozca las ventajas y desventajas de llevar a cabo los autocuidados necesarios antes y después del trasplante. Dar retroalimentación de

los autoregistros y cómo modificar las conductas negativas para su salud.
Practicar la relajación autógena e imaginería.

1. Bienvenida
2. Revisar los autorregistros de la semana anterior
 - a. Dar retroalimentación de su llenado
 - b. Reforzar a quienes lo hayan traído
 - c. Resaltar la conducta inadecuada para llevar a cabo un programa de modificación conductual
3. Ventajas/Desventajas del buen autocuidado
 - a. Mejora la autoeficacia
 - b. Previene la degeneración mas rápida del organismo
 - c. Previene la muerte del paciente
4. Brindar una plan de tratamiento de modificación conductual de manera individual a cada paciente
5. Dejar nuevamente el llenado de los autorregistros
6. Practica de la relajación autógena e imaginería
7. Pesar a los participantes
8. Cierre de sesión y Despedida

Sesión 6: Seguimiento del paciente y aplicación de instrumentos

Objetivo: que el paciente continúe realizando las conductas adecuadas para llegar lo mejor posible al trasplante.

1. Bienvenida
2. Pesar a los pacientes
3. Retroalimentación de los autorregistros
 - a. Reforzar a quienes los hayan traído
 - b. Reforzar las conductas adecuadas que hayan sido modificadas
4. Práctica de la relajación autógena e imaginería
5. Aplicación de los instrumentos antes mencionados
6. Cierre del protocolo por parte de la psicóloga a cargo
7. Cierre del protocolo por parte de los participantes por medio de sus experiencias dentro del grupo.
8. Despedida general

ANEXO 7

HOJA DE AUTOCUIDADOS

AUTOCUIDADOS (ADHERENCIA)

Psic. Areli Reséndiz Rodríguez y Psic. Teresa Sotelo Quiñónez

Los autocuidados que debes tener son básicos para el buen funcionamiento del riñón una vez trasplantado. Es necesario conocerlos antes para que llegado el momento los lleves a cabo y de esa manera garantices una mejor vida de tu riñón y tuya.

Principalmente los cuidados que deberás realizar son en 3 áreas:

- ✓ Dieta
- ✓ Ejercicio
- ✓ Medicamentos

DIETA

Cuando un riñón trabaja bien, los pacientes tienen muy pocas restricciones para comer o beber lo que deseen. Sin embargo deberás seguir las indicaciones del médico en cuanto a los alimentos y bebidas que podrás ingerir ya que cada organismo es diferente. Lo principal por lo que se debe cuidar es el sobre peso es para que tu riñón único no trabaje de más.

EJERCICIO

La caminata es lo principal que se recomienda ya que te mantiene en buen estado físico y evita el sobrepeso producto principalmente de una dieta inadecuada y de la inactividad. Se recomienda evitar todo tipo de deportes de contacto (básquetbol, fútbol, box, karate, etc.) para que no vayas o te vayan a lastimar tu riñón.

MEDICAMENTOS

Antes de salir del hospital (aislamiento), se te brindará la información necesaria para el manejo de tu terapia inmunosupresora a la que serás sometido y algunos medicamentos extra para fortalecer tu salud. En general los medicamentos que se te darán se dividen en 5 grupos, los cuales deberás tomarlos según lo indiquen los médicos y se les dará importancia según el orden en el que aparecen a continuación:

1. INMUNOSUPRESORES

- a. Ciclosporina: Tiene la capacidad de inhibir el rechazo sin predisponer a infecciones. Efectos secundarios: crecimiento del vello corporal, temblor de manos, engrosamiento de encías, dolor de cabeza, hipertensión, aumenta el colesterol y triglicéridos. Algunos de estos efectos se presentan cuando las dosis son muy altas, por lo que nunca deberás modificar tu dosis sin indicación médica ya que cada persona requiere una dosis personalizada. Para adecuar la dosis generalmente se practica un análisis sencillo el cual consiste en medir los niveles de ciclosporina en sangre de forma periódica.

- b. Azatioprina: Actúa en la médula de los huesos impidiendo la normal fabricación de linfocitos y disminuye la síntesis de los glóbulos blancos (principales defensas de nuestro cuerpo). Efectos secundarios: vómitos, caída de cabello, anemia, riesgo de infecciones. Es necesario que evites el contacto con otras personas que muestren signos o síntomas de alguna infección.
- c. Prednisona: Es un inmunosupresor y un antiinflamatorio. Efectos secundarios: Obesidad, mayor riesgo de fracturas, hinchazón (cara, manos, pies) disminuye poco a poco con el paso del tiempo, cambio en la piel (granitos, picazón, acné, estrías).
- d. Micofenolato: Es un inmunosupresor de recién inclusión en el esquema. Efectos secundarios: Vómito, náusea, trastornos gastrointestinales, cólico, dolor abdominal, diarrea. Es importante acudir al médico aún sin cita al tener estos síntomas ya que se pueden confundir con un rechazo del riñón.
- e. Tacrolimus (FK506): Es similar a la ciclosporina, tiene los mismos efectos secundarios. Los médicos son los que deciden si incluirla o no dentro del esquema.

2. PREVENIR INFECCIONES

- a. Antibióticos
- b. Antivirales
- c. Antifúngicos

3. ANTIHIPERTENSIVOS

- a. Captopril, Enalapril
- b. Felodipino, Nifedipino
- c. Lesartan

4. ANALGÉSICOS

- a. Ketorolaco
- b. Acetaminofen

5. OTROS

- a. Circulación (Pentoxifilina, Dipyridimol)
- b. Vitaminas

Ahora que ya tienes esta información es importante que no la olvides llegando el momento ya que de ti depende el cuidar de tu riñón nuevo y de tu vida.

ANEXO 8

**CURSO DE INDUCCIÓN “EVALUACIÓN Y MANEJO
PSICOLÓGICO DEL DOLOR”**

“Evaluación y Manejo Cognitivo Conductual del Dolor Crónico”

PROGRAMA

Duración: 20 Hrs
 Sesiones: 5 (4 hrs).
 Fecha de inicio: 20 de Febrero 2006
 Fecha de termino: 24 de Febrero 2006
 Horario: 3:00 a 7:00 pm
 Lugar: Sala de juntas del Área de Medicina Crítica del INCMNSZ

Fecha	Tema	Ponente	Duración
Lunes 20	INCMNSZ Clínica del dolor <ul style="list-style-type: none"> - Recursos disponibles - Necesidades del servicio - Información relevante acerca del Instituto - Información General sobre la Clínica del Dolor - Estadística de pacientes atendidos marzo-noviembre 2005 - Organigrama 	Dr. Uriah Guevara Jefe de la Unidad de Clínica del Dolor INCMNSZ	3-5 pm
	Residencia en Medicina Conductual, UNAM <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Conductual en la Clínica del Dolor (Semblanza). - Presentación del programa - Criterios de Evaluación 	Mtro. Psic. Fernando Vázquez Pineda Supervisor Académico de la Residencia en Medicina Conductual, UNAM	5-6 pm
	Evaluación y Tratamientos Médicos del Dolor Crónico	Dra. Sandra Gaspar Residente de Algología INCMNSZ	6-7 pm
Martes 21	<i>Síndromes Dolorosos en el paciente con Dolor Crónico</i>	Dr. Alfredo Covarrubias Algólogo Asistente Voluntario del INCMNSZ	3-4 pm

	Implicaciones del trabajo multidisciplinario y aportaciones del área psicológica en la Clínica del Dolor.	Dr. Andrés Hernández Residente de Algología INCMNSZ	4-5 pm
Martes 21	Medicina Conductual Actividades realizadas, Recursos Humanos y Materiales. Curso de algología Visita a piso Revisión de casos Supervisión in situ y académica Consulta externa Clínica del dolor Cuidados Paliativos Hospitalización Bloqueos <i>Psicoterapia individual</i>	Psic. Areli Reséndiz Residentes de Medicina Conductual INCMNSZ	5-6 pm
	Evaluación Cognitivo-Conductual del paciente con Dolor Crónico. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición y Evaluación del Dolor. ▪ Entrevista Cognitivo Conductual de dolor. 	Psic. Marli Hernández Residente de Medicina Conductual INCMNSZ	6-7 pm
Miércoles 22	Aspectos Cognitivo-Conductuales en la Personalidad del Paciente con Dolor Crónico. <ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento ▪ Opiofobia 	Psic. Areli Reséndiz Residente de Medicina Conductual INCMNSZ	3-4 pm
	Evaluación de Trastornos de Personalidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación del Paciente Difícil ▪ SCID-II 	Psic. Sofía Sánchez Supervisora in situ INCMNSZ	4-5 pm
	Ansiedad y Depresión en el paciente con Dolor Crónico	Psic. Marli Hernández Residente de Medicina Conductual INCMNSZ	5-6 pm

	<p>Tratamiento Cognitivo Conductual del dolor</p> <p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración Cognitiva - Relajación - Actividades Planeadas - Habilidades Sociales - Solución de Problemas 	<p>Psic. Areli Resendiz</p> <p>Residentes de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>6-7 pm</p>
Jueves 23	<p>Procedimientos invasivos (Bloqueos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo - Características - Evaluación e Intervención Cognitivo Conductual 	<p>Psic. Areli Reséndiz</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>3-4 pm</p>
	<p>Evaluación Cognitiva en el paciente con dolor crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delirium - Demencia - Mini-Mental Status Examination 	<p>Psic. Marli Hernández</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>4-5 pm</p>
Jueves 23	<p>Cuidados Paliativos e implicaciones psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo - Estadística de pacientes atendidos - Principales padecimientos - Actividades del servicio - Aspectos Generales de los Cuidados Paliativos. - Evaluación e Intervención cognitivo-conductual en el paciente terminal 	<p>Psic. Marli Hernández</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>5-7 pm</p>
Viernes 24	<p>Presentación y discusión de artículos seleccionados.</p>	<p>Residentes 1er año</p> <p>Psic. Areli Reséndiz</p> <p>Psic. Marli Hernández</p> <p>Residentes de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>3-5 pm</p>
	<p>Presentación de protocolos de investigación</p>	<p>Residentes 1er año</p>	<p>5-7 pm</p>

EVALUACIÓN DEL CURSO:

Actividades a elegir:

- Manual de Técnicas de relajación adaptadas al paciente con dolor crónico.
- Propuesta de protocolo de investigación que cubra alguna de las necesidades del servicio manifestadas durante el curso.
 - Adherencia terapéutica.
 - Biofeedback en el manejo del dolor crónico.
 - Entrenamiento en habilidades de comunicación para el paciente con dolor crónico.
 - Intervención Cognitivo-Conductual en el paciente terminal.
 - Registro Observacional de Conductas de Dolor en el paciente hospitalizado.
 - Habilidades de afrontamiento en el paciente con Dolor Crónico.

- Monografía:
 - Aspectos psicológicos en el paciente con dolor crónico.
 - Adherencia Terapéutica en el paciente con dolor crónico

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LA SESIÓN

- Cada sesión constará de un encuadre y conclusión de los temas revisados.
- Formato de retroalimentación de la sesión
- Engargolado de artículos recomendados con índice.
- La novena sesión consistirá en la presentación del artículo asignado al inicio del curso, además de la discusión del mismo en conjunto con el grupo.

RETROALIMENTACIÓN DE LA SESIÓN

El siguiente cuestionario, tiene la finalidad de conocer el nivel de satisfacción de la sesión a la que acabas de acudir, por favor marca con una **X** la opción que más se ajuste a tu opinión:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El tema fue de interés				
El desarrollo del tema				
El contenido del tema cubrió mis expectativas				
Los recursos visuales fueron adecuados				
Resolvieron mis dudas satisfactoriamente				
La calidad del material fue adecuado.				
La organización de la sesión fue adecuada.				

¿Qué otro tema te gustaría que se abordara?

¿Tienes alguna sugerencia para mejorar la calidad del curso? ¿cuál?

ANEXO 9

ENTREVISTA COGNITIVO – CONDUCTUAL DE PRIMERA VEZ



CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PSICOLOGÍA - MEDICINA CONDUCTUAL

REGISTRO: _____

FECHA: _____

DURACIÓN: _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____	EDAD: ____ (__/__/__)	
ORIGINARIO: _____	RESIDENTE: _____	
ESCOLARIDAD: _____	OCUPACION: _____	
EDO. CIVIL: _____	RELIGIÓN: _____	
PESO: _____	ESTATURA: _____	TELEFONO: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

2.1. MEDICO: _____

2.2. PACIENTE: _____

3. PADECIMIENTO ACTUAL

3.1. ¿CUÁL O CUALES SON LAS ENFERMEDADES QUE PADECE?:

3.2. ¿A QUÉ SE DEBE QUE ACUDA A LA CLÍNICA DEL DOLOR?:

3.3. ¿DESDE CUÁNDO PADECE EL DOLOR?:

3.4. ¿LE HAN HECHO ALGUNA CIRUGÍA? ¿CUÁL Y HACE CUÁNTO TIEMPO?

4. FAMILIOGRAMA

4.1. ¿QUIÉNES FORMAN PARTE DE SU FAMILIA?

--

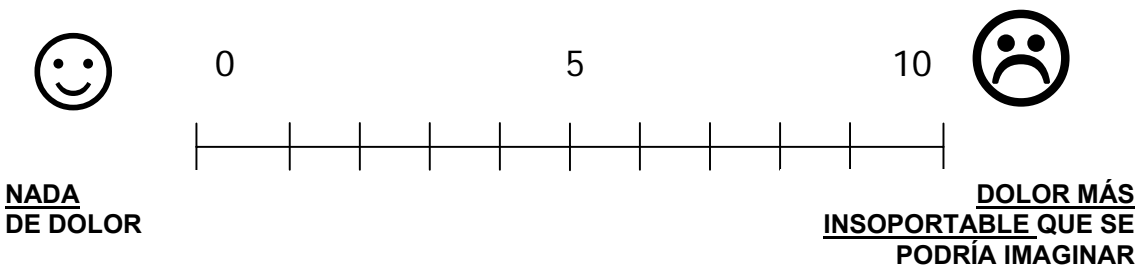
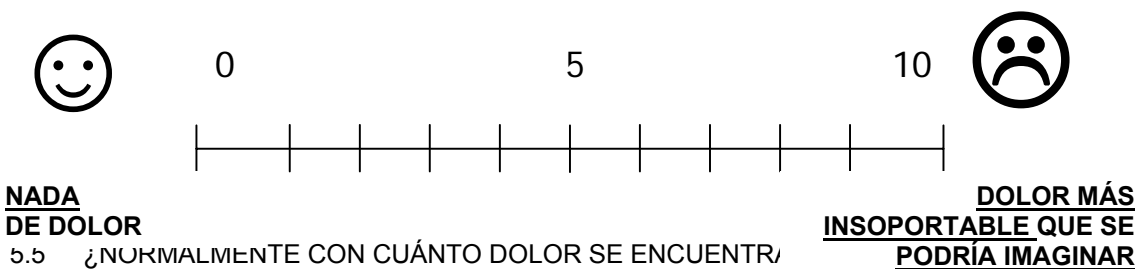
5. HISTORIAL ALGOLOGICO

5.1 ¿A QUE CREE QUE SE DEBE EL DOLOR?

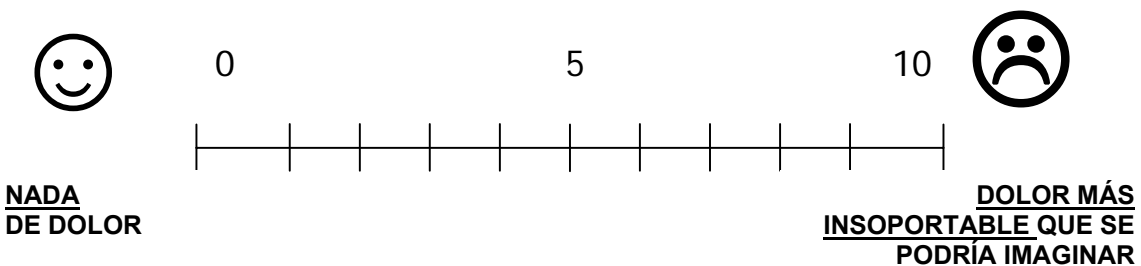
5.2 ¿QUE HA HECHO ANTERIORMENTE PARA ALIVIAR ESE DOLOR?

5.3 ¿CUAL HA SIDO EL MAYOR DOLOR QUE HA SENTIDO EN SU VIDA?:

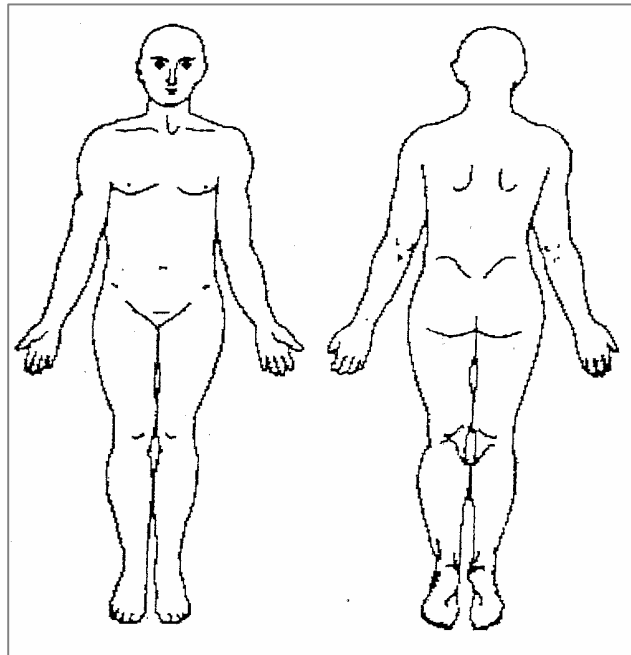
5.4 CONSIDERANDO QUE "0" SIGNIFICA NADA DE DOLOR Y "10" ES IGUAL AL DOLOR MÁS INSOPORTABLE QUE SE PODRÍA IMAGINAR ¿QUÉ CALIFICACIÓN LE DARÍA AL MAYOR DOLOR QUE HA SENTIDO?



5.6 ¿QUÉ CALIFICACIÓN LE DA A SU DOLOR EN ÉSTE MOMENTO?



5.7 MARQUE CON UN COLOR DIFERENTE DONDE SIENTE EL DOLOR:



5.8 ¿QUÉ PALABRAS UTILIZARÍA PARA DESCRIBIR SU DOLOR?

5.9 EL DOLOR ES COMO SI.....

6 ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

6.1 ¿ACTUALMENTE VIVE ALGUNA SITUACIÓN DIFÍCIL O QUE LE PREOCUPE? ¿CUÁL ES?

6.2 ANTES DE QUE APARECIERA EL DOLOR POR PRIMERA VEZ, TUVO ALGUNA SITUACIÓN DIFÍCIL O ALGÚN PROBLEMA ?

6.3. COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

		A Inmediatamente ANTES del dolor	B Justo DURANTE el dolor	C Inmediatamente DESPUÉS del dolor
Paciente	1. ¿Qué hace?			
	2. ¿Qué piensa?			
	3. ¿Qué siente?			
Familia	4. ¿Qué hace?			
	5. ¿Qué piensa?			
	6. ¿Qué siente?			

7 LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

7.1 ¿CUÁNTAS VECES EN EL ÚLTIMO MES HA TENIDO DOLOR (F)?

7.2 ¿QUÉ TAN INTENSO (I) HA SIDO?

Mes:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/

8. PAPEL DEL DOLOR EN LA VIDA COTIDIANA

8.1. A PARTIR DE LA PRESENCIA DEL DOLOR CUALES HAN SIDO LOS CAMBIOS PERCIBIDOS EN:		GM
CASA		
TRABAJO Y/O ESCUELA		
ACTIVIDADES RECREATIVAS		
RELACION CON SUS FAMILIARES CERCANOS		
RELACIÓN CON AMISTADES		
RELACIÓN CON LA PAREJA (ACTIVIDAD SEXUAL)		
VIDA SEXUAL		

8.2. ¿DEL 0 AL 10 CUÁL ES EL GRADO DE MALESTAR (GM) QUE LE HACE SENTIR CADA UNA?

8.3. LA PRESENCIA DE DOLOR LE HA PROPORCIONADO ALGUN BENEFICIO:

8.4. QUE DESVENTAJAS LE HA TRAIIDO EL DOLOR:

9. ANTECEDENTES FAMILIARES:

9.1 TIENE ALGUN OTRO FAMILIAR CERCANO QUE PRESENTE DOLOR:

9.2. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS?, ¿CUÁLES? _____

9.3. ¿USTED HA TENIDO O TIENE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS?

¿CUÁLES? _____

10. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS PREVIAS

10.1 EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA HA RECIBIDO ALGUN TIPO DE APOYO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO?: SI _____ NO _____

10.2 ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____

10.3 ¿OBTUVO ALGÚN BENEFICIO? ¿CUÁL? _____

10.4 ¿CUÁL FUE EL MOTIVO PARA NO CONTINUAR? _____

10.5 ¿CONSIDERA QUE ACTUALMENTE LE SERÍA DE UTILIDAD EL APOYO PSICOLÓGICO? SI _____ NO _____ ¿POR QUÉ? _____

11. EXAMEN MENTAL

1. PRESENTACIÓN	
1.1. Estado de conciencia	a) coma b) estupor c) somnolencia y letargo d) abotargamiento e) vigilia
1.2. Aspecto general	
Higiene personal o aliño	a) adecuado b) inadecuado
Complexión	a) mesomórfica b) ectomórfica c) endomórfica
Edad	a) igual a la cronológica b) menor c) mayor
Actitud hacia la entrevista	a) cooperativo b) evasivo c) arrogante d) apático e) amistosa f) atenta g) interesada h) franca i) seductora j) defensiva k) hostil l) cautelosa
Latencia de respuesta	a) adecuada b) inadecuada: b.1) retardada b.2) acelerada
2. CONDUCTA MOTORA Y AFECTO	
2.1. Conducta motora	a) rápidos b) cortos c) tics d) poses describe:
2.2. Afecto	a) dentro de los límites normales b) constreñido c) embotado d) plano e) angustiado f) lloroso g) deprimido h) enfadado i) eufórico
2.3. Expresión no verbal	a) congruente con humor b) incongruente con humor
3. ESTADO COGNOSCITIVO	
3.1. Orientación	a) espacio b) tiempo c) persona
3.2. Atención y concentración	a) se distrae fácilmente b) inatención c) contesta a las preguntas
3.3. Memoria	a) inmediata b) reciente c) remota: c1) episódica c2) semántica
3.4. Lenguaje	a) fluidez b) Comprensión c) Repetición d) Denominación
3.5. Cálculo	a) déficits b) excesos c) sin alteraciones
4. PENSAMIENTO	
4.1. Proceso	a) concreto b) tangencial c) circunstancial d) perseverativo e) laxo f) incoherente g) lógico y coherente h) neologismos
4.2. Contenido	a) delirios b) preocupaciones c) obsesiones y compulsiones d) ideas suicidas u homicidas e) ideas de referencia

12. OBSERVACIONES
