



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

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN PACIENTE CON
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON CONDUCTAS ASOCIADAS A
COMPRAS COMPULSIVAS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

XIMENA RUIZ ELNECAVE

TUTOR
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTÍZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DR. LUIS MIGUEL LINARES GONZÁLEZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

MTRA. NELLY FLORES PINEDA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D.F. JUNIO 2014



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.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Enfermedades Crónicas No Transmisibles	13
<i>Enfermedades Crónico-degenerativas en México</i>	14
<i>Factores psicológicos de las enfermedades crónicas no transmisibles</i>	15
Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria	18
Descripción de la sede	18
Características del programa	20
Actividades del Residente	21
Actividades Académicas	21
Intervenciones	22
Estadísticas de usuarios atendidos por residente de Medicina Conductual	24
Intervención cognitivo-conductual para un paciente con lupus eritematoso sistémico con conductas asociadas a compras compulsivas	27
Lupus Eritematoso Sistémico	27
<i>Descripción general de la enfermedad</i>	27
<i>Epidemiología</i>	29
<i>Factores Psicológicos</i>	30
<i>Intervenciones cognitivo-conductuales para Lupus</i>	33
Trastorno de Compras Compulsivas	34
<i>Descripción general</i>	34
<i>Tratamientos del Trastorno de Compras Compulsivas</i>	35
Formulación del caso	35
<i>Identificación del paciente</i>	35
<i>Análisis del motivo de la consulta</i>	36
<i>Historia del problema</i>	37

<i>Análisis funcional de las conductas problema, objetivos de tratamiento y selección de técnicas de tratamiento</i>	37
<i>Diseño</i>	40
<i>Instrumentos</i>	40
<i>Procedimiento</i>	42
Etapa de evaluación	42
Etapa de intervención	42
Etapa de Seguimiento	45
<i>Resultados Obtenidos</i>	47
Discusión	53
Instituto Nacional de Rehabilitación - Servicio de Tumores Óseos	59
Tumores Óseos	59
<i>Clasificación</i>	60
<i>Sintomatología</i>	62
<i>Diagnóstico</i>	62
<i>Tratamiento</i>	63
<i>Aspectos Emocionales</i>	64
Descripción de la Sede	68
Actividades del residente en Medicina Conductual	69
Estadísticas de usuarios atendidos por la residente de Medicina Conductual	70
Conclusión	74
Referencias	77
Anexo 1. Pruebas de evaluación	88
Anexo 2. Auto-registros semanales	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación entre Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud	9
Figura 2. Distribución por sexo de pacientes atendidos en el CSP.....	25
Figura 3. Distribución en porcentaje por motivo de consulta reportado de pacientes atendidos en el CSP.....	25
Figura 4. Distribución por diagnóstico médico al momento de inicio de tratamiento de pacientes atendidos en el CSP.....	26
Figura 5. Distribución por motivo de finalización de tratamiento de pacientes atendidos en el CSP	26
Figura 6. Familiograma	36
Figura 7. Mapa Clínico de Patogénesis	38
Figura 8. Mapa de Alcance de Metas	39
Figura 9. Resultados de las bitácoras de alimentación	48
Figura 10. Resultados de las bitácoras de adherencia a medicamentos	49
Figura 11. Resultados Bitácora semanal de actividad física	49
Figura 12. Calificación Inventario de Depresión de Beck, aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento	51
Figura 13. Calificación Inventario de Ansiedad de Beck, aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento	51
Figura 14. Calificación de puntajes Calidad de vida y satisfacción con salud del Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref), aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento	52
Figura 15. Calificación por factores del Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (whoqol-bref), aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento	53
Figura 16. Clasificación de los tumores óseos y lesiones pseudotumorales de acuerdo con la OMS	61
Figura 17. Distribución de casos por estirpe de tumor	70
Figura 18. Distribución de casos de tumores malignos por diagnóstico	

específico	71
Figura 19. Distribución de casos de tumores benignos por diagnóstico específico	71
Figura 20. Distribución de casos de lesiones pseudotumorales por diagnóstico específico	72
Figura 21. Distribución de tratamientos quirúrgicos	72
Figura 22. Atención brindada por residente de Medicina Conductual	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategias de intervención cognitivo-conductuales más utilizadas con los pacientes atendidos en el CSP por el servicio de Medicina Conductual	23
Tabla 2. Técnicas de psicología positiva más utilizadas con los pacientes atendidos en el CSP.....	24
Tabla 3. Prevalencia de las principales manifestaciones clínicas en pacientes con LES	27
Tabla 4. Descripción de registros utilizados durante la intervención	41
Tabla 5. Descripción de Módulos que componen la intervención diseñada acorde con las necesidades de la paciente	46
Tabla 6. Resultados de evaluaciones pre, post tratamiento y seguimiento a 12 meses	50

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad crónica, autoinmune que se caracteriza por daños causados a los tejidos del cuerpo por el mismo sistema inmunológico. Este padecimiento suele afectar de manera significativa la calidad de vida relacionada a la salud, en diversos aspectos tanto físicos como sociales y psicológicos. Se ha encontrado que un alto porcentaje de pacientes con lupus, cumplen con criterios para algún padecimiento psiquiátrico, siendo el episodio depresivo mayor el más común, seguido por trastornos de ansiedad. El trastorno de compras compulsivas es una condición crónica que se vuelve una respuesta primaria ante eventos o emociones negativas. Este trastorno está caracterizado por una elevada preocupación con las compras y por la realización de compras excesivas, acompañadas de malestar emocional y diversas dificultades.

En el presente estudio se midió el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida, adherencia a medicamentos y adherencia a régimen alimenticio y actividad física en un paciente con Lupus eritematoso sistémico y trastorno de compras compulsivas. Se utilizó un diseño de caso único $n = 1$, con evaluaciones pre y post tratamiento y seguimiento a 12 meses. Para la evaluación se utilizaron auto-registros semanales, el inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Beck y el Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref). Se logró un incremento en la adherencia a tratamientos, así como en el régimen de alimentación y de actividad física, se eliminó la conducta de compra compulsiva, disminuyó el nivel de ansiedad y se incrementó el nivel de calidad de vida. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento a 12 meses. Los niveles de depresión disminuyeron en la evaluación post y hubo un leve incremento en el seguimiento a 12 meses, sin embargo, se mantuvieron niveles más bajos que los obtenidos en la evaluación pre-tratamiento.

Palabras clave: *Lupus Eritematoso Sistémico, compras compulsivas, terapia cognitivo-conductual, adherencia a tratamiento, calidad de vida*

INTRODUCCIÓN

El inicio de la Psicología Clínica como disciplina independiente se remonta a la fundación de la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania en 1906 por Lightner Witmer (Buela-Casal, Sierra y Carrobbles, 1995). En 1919 se estableció la División de Psicología Clínica de la Asociación Norteamericana de Psicología (APA por sus siglas en inglés). El objetivo principal de la Psicología Clínica es prevenir y tratar los problemas cognitivos, comportamentales y emocionales propios de los trastornos de salud mental (Rodríguez-Marín, 1998).

Si bien la psicología clínica ha contribuido de manera importante en el campo de la salud, esto no siempre fue así. Fue hasta 1973, cuando la APA creó un Grupo de Trabajo sobre Investigación en Salud como respuesta a la observación realizada por William Schofield del poco interés que hasta el momento habían mostrado los psicólogos clínicos en el campo de la salud física (Contreras, Londoño, Vinaccia y Quinceno, 2006; Rodríguez-Marín, 1998).

Schofield (1976) menciona en su artículo titulado “El psicólogo como profesional de la salud” que los servicios brindados por las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), las cuales brindan y manejan servicios de salud para los seguros de gastos médicos en los Estados Unidos, eran una excelente oportunidad para que la psicología extendiera su contribución en el campo de la salud. Como explica este autor, para que esto fuera posible, era necesario que los mismos psicólogos ampliaran su visión acerca de la salud-enfermedad que hasta ese momento se encontraba enfocada a la salud mental.

A partir de ese momento se incrementó considerablemente el número de psicólogos clínicos interesados en el campo de la salud. Finalmente, en 1978 se crea una división específica (División 38) dentro de la APA dedicada exclusivamente a la Psicología de la Salud (Matarazzo, 1980).

La psicología de la salud fue definida entonces por Matarazzo (1982) como la suma de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología, a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud,

la enfermedad y las disfunciones asociadas, así como al análisis y mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de políticas de salud.

Por su parte Carrobles la define como:

El campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar estos en caso de que tenga lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, el principal determinante, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. (citado en Buela-Casal et al., 1995, p. 29)

Durante esta época donde la Psicología de la Salud comenzó a ser reconocida como tal, dentro de la Medicina también se vivían cambios importantes. El Modelo Biopsicosocial fue propuesto por el psiquiatra norteamericano George Engel en 1977 en un artículo titulado “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”. Este modelo fue desarrollado a partir de la teoría general de sistemas y buscaba reconciliar a lo psicosocial con lo biológico. En el momento histórico en el que se desarrolla el modelo biopsicosocial, la psiquiatría atravesaba por una crisis. Esta crisis se debía, a que tanto la psiquiatría como el resto de la medicina seguían con un modelo de enfermedad que ya no era adecuado ni para la tarea científica, ni para las responsabilidades sociales (Engel, 1977). Este era el Modelo Biomédico. Hasta entonces, la medicina se enfocaba exclusivamente en la enfermedad. El Modelo Biomédico sostiene en primer lugar que cuando existe una variación de la norma suficiente, esto representa la presencia de una enfermedad. En segundo lugar, considera que las enfermedades deben tener causas biológicas conocidas o desconocidas. Finalmente, este modelo sostiene que la eliminación de estas causas naturales, resulta en la cura del individuo o el mejoramiento significativo de su estado. Engel (1977), propone que para que un Modelo de Medicina pueda ser científico, éste debe incluir las dimensiones psicológica y social, a parte de los aspectos biológicos de los pacientes.

De acuerdo con Borrell-Carrió, Suchman y Epstein (2004), el Modelo Biopsicosocial (Figura 1) es tanto una filosofía para el cuidado clínico, como una guía para la práctica clínica. Por un lado, es una filosofía en el sentido de que es una manera para entender cómo el sufrimiento, la enfermedad y el malestar humanos, se encuentran afectados por diferentes niveles de organización desde el nivel molecular hasta el nivel de sociedad. Por otro lado, estos autores consideran que es una guía práctica ya que sirve para entender la experiencia subjetiva del paciente como contribución para realizar un mejor diagnóstico, llevar a cabo un mejor cuidado del paciente, así como lograr mejores resultados en la salud.

Según Buela-Casal et al. (1995), si bien la Psicología Clínica se ha desarrollado bajo la influencia de distintas corrientes psicológicas, la influencia del modelo conductual ha contribuido considerablemente a su desarrollo en las últimas décadas. De acuerdo con estos autores, esto ha permitido que los psicólogos clínicos trabajen con los aspectos conductuales de distintos trastornos orgánicos, llevando a la constitución de un nuevo campo llamado Medicina Conductual como se observa en la Figura 1. La Psicología de la Salud incluye todo lo relacionado con aquellas variables psicológicas involucradas en el proceso salud-enfermedad. El especialista en esta área debe ser capaz de realizar intervenciones desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir (Sánchez-Sosa, 1998). Esta disciplina no se centra únicamente en el individuo, sino que incluye el trabajo con la familia y la comunidad.

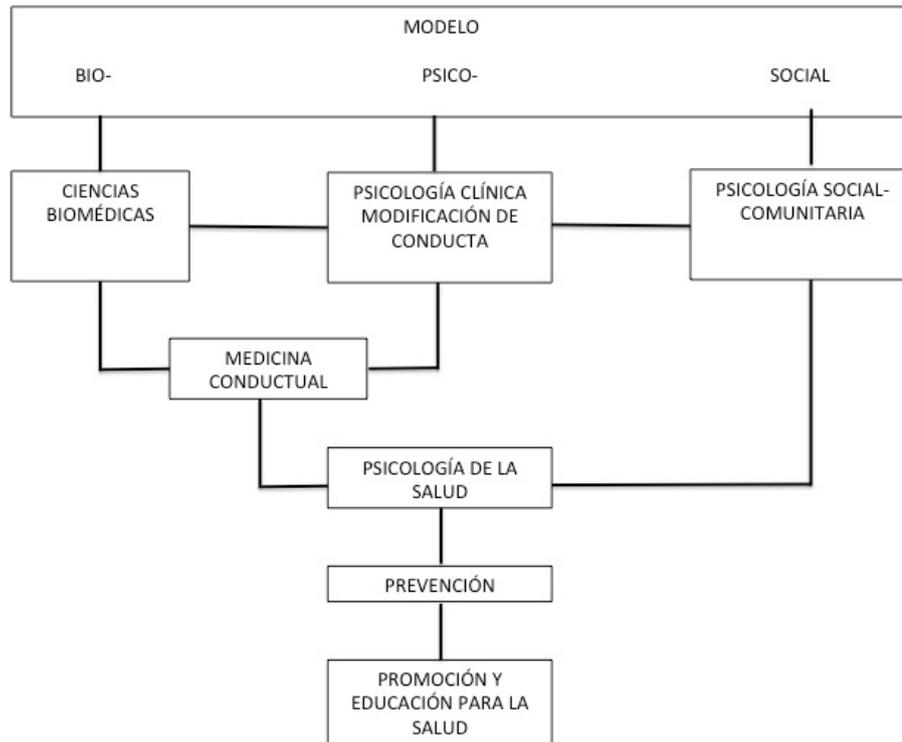


Figura 1. Relación entre Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud. Fuente: Buéla-Casal, G., Sierra, J. C. y Carrobes, J. A., (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 25-40.

El origen de la Medicina Conductual como disciplina se puede ubicar en la conferencia celebrada en la universidad de Yale en febrero de 1977, la cuál reunió por primera vez a numerosos investigadores pertenecientes a distintas disciplinas tanto biomédicas como conductuales. En esta conferencia se buscó crear una línea común de investigación sobre la salud entre la Psicología y la Medicina. Es a partir de ese momento que surge este campo relativamente nuevo que integra conocimientos procedentes de diferentes disciplinas (la fisiología, endocrinología, psiquiatría, terapia y modificación de conducta, sociología, aprendizaje, entre muchas otras) enfocados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud en general (Godoy citado en Caballo, 1991).

La Medicina Conductual fue definida por un grupo de investigadores en la Academia Nacional de Ciencias como "Campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas relevantes para la salud y la enfermedad y su aplicación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de éstas" (Schwartz y Weiss, 1978, p.250).

Matarazzo (1980), la define como “el campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica concerniente a la salud, la enfermedad o disfunciones relacionadas (hipertensión esencial, colesterolemia, estrés, obesidad, tabaquismo, etc.)” (Citado en Cerezo Reséndiz y Hurtado Rodríguez, 2012, p. 53).

Por último, Buela-Casal y Carroble (1991) la definen como la aplicación de técnicas de modificación de la conducta a la investigación, la evaluación, el tratamiento y la prevención de trastornos físicos.

Algunos de los numerosos factores que favorecieron el desarrollo de la Medicina Conductual son los siguientes (Godoy citado en Caballo, 1991; Agras, 1982 citado en Rodríguez Ortega, 2010):

1. La falta de explicaciones satisfactorias de por qué algunas personas enferman mientras otras no lo hacen.
2. El hecho de que las enfermedades crónicas representen actualmente uno de los mayores desafíos para la medicina, y que ha sido reconocido el importante papel que juegan los factores comportamentales en la génesis, exacerbación y mantenimiento/eliminación de estas enfermedades.
3. La poca satisfacción con los tratamientos médicos y quirúrgicos de diversos problemas, debido en gran parte por los efectos secundarios indeseables que muchos de estos tratamientos generan, así como por el reducido éxito de algunos de estos.
4. El creciente interés por la prevención de las enfermedades crónicas por el problema de salud público que estas representan, así como por el alto costo de sus tratamientos.
5. El antecedente de la investigación en medicina psicosomática, la cuál logró vincular ciertos factores psicológicos a diversas enfermedades.
6. La identificación de ciertos factores que incrementaban el riesgo asociado a algunas enfermedades, por medio de estudios epidemiológicos.

En México, desde la fundación del primer centro de análisis de la conducta aplicada en 1966, la Medicina Conductual ha reunido científicos de distintas disciplinas para buscar acciones que permitan enfrentar los mayores retos de salud y desarrollar la mejor

calidad de vida para los mexicanos. A través de numerosas investigaciones, se ha demostrado el papel tan importante que juegan diversos aspectos psicológicos en las enfermedades, y su relación con distintos factores del medio ambiente (Rodríguez-Ortega, 2010).

El ámbito de aplicación de la Medicina Conductual se puede agrupar en tres grandes áreas: la promoción general de la salud y prevención de la enfermedad, la evaluación y tratamiento de variables psicológicas relacionadas con trastornos de salud específicos y la potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud. Dentro de los objetivos principales de la Medicina Conductual podemos identificar los siguientes (Godoy citado en Caballo, 1991):

1. Diseñar y realizar evaluaciones que puedan ser utilizadas en la explicación de los trastornos, en el diseño de los programas de tratamiento y en la evaluación de la evolución y los efectos a corto y largo plazo del mismo.
2. Diseñar y realizar evaluaciones dirigidas a las variables, externas o internas, antecedentes o consecuentes, que sean de importancia para el problema, incluyendo la evaluación del ambiente físico y social, el estado biológico y del comportamiento del individuo, y tomando en cuenta los componentes cognitivos, motores y fisiológicos.
3. Elegir y utilizar instrumentos de evaluación, técnicas y herramientas elegidas específicamente para cada caso en concreto.
4. Incorporar a los tratamientos médicos convencionales, estrategias cognitivo-conductuales que favorezcan el bienestar tanto fisiológico como psicológico del paciente.
5. Mejorar la relación profesional de la salud – paciente.
6. Preparar al paciente para los tratamientos médicos con el objetivo de que sean enfrentados de la mejor manera.
7. Aumentar la adherencia a los tratamientos y prescripciones médicas.
8. Generar estilos de vida saludables.
9. Favorecer la eliminación de factores de riesgo.
10. Favorecer la detección e intervención precoz de distintas condiciones.

En una reunión que se sostuvo entre el sector salud de México y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se señaló que existen cuatro grupos de factores que afectan la salud: la herencia, la nutrición, el acceso a servicios de salud de alta calidad y por último la conducta humana (Soberón citado en Sánchez-Sosa, 1998). En la Medicina Conductual, se reconoce el importante papel que juega el comportamiento en el origen, manifestación y mantenimiento de las enfermedades. Es por esto que se busca, a través del cambio de conducta, tener un impacto en la prevención, manejo de síntomas, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Uno de los puntos cardinales del campo de la Medicina Conductual, es la utilización de técnicas de tratamiento dirigidas a conductas blanco (McKegney y Schwartz, 1986). Es por esto que aquellas personas dedicadas a este campo se centran en la definición operacional de los comportamientos para poder realizar la formulación de caso, evaluando la situación actual para determinar los antecedentes y consecuencias de la conducta definida (Weddington y Blindt, 1983). También es fundamental llevar a cabo el establecimiento de metas de tratamiento, la elaboración de planes de tratamiento y el monitoreo de cambios en las conductas blanco.

SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fundada en 1946, definió a la salud como “el estado de completo bienestar físico y mental y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta definición queda reconocido aquello que se ha comentado en párrafos anteriores, es decir, que la salud no sólo involucra o hace referencia a la esfera fisiológica del individuo y más importante aún, que la falta de enfermedad no es sinónimo de salud. De acuerdo con esta organización, la promoción y la protección de la salud son fundamentales para alcanzar el bienestar humano y para lograr un desarrollo socio-económico sostenido (2010).

Debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades, la vida de los pacientes se prolonga significativamente. Si a esto sumamos el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son de curso prolongado y no curables, se vuelve necesario que los profesionales de la salud se

ocupen también de reducir los síntomas asociados con la enfermedad y de brindar o enseñar habilidades para que las personas puedan regresar a un estilo de vida lo más normal posible, realizando adecuadamente los reajustes psicológicos necesarios para lograrlo (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno, 2007; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2006).

Actualmente, el concepto de calidad de vida ha ganado mucho interés por parte de los profesionales de la salud incrementándose notablemente el número de estudios acerca de ésta en las personas que padecen alguna enfermedad. Es por esto que se ha desarrollado el concepto de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), considerando elementos tanto internos como externos al individuo que puedan influir y cambiar su estado de salud (Soto, Rejas, Ruiz y Pardo, 2009; Tobón et al., 2006).

Patrick y Erickson (1993) definen a la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud. Schumaker y Naughton (1996) por su parte, la definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (citado en Schwartzmann, 2003).

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tales como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cánceres, diabetes mellitus y obesidad entre otras, se han convertido en un problema creciente a nivel mundial (Fagalde, Solar, Guerrero y Atalah, 2005). Si bien en años anteriores las enfermedades infecciosas eran las responsables del mayor número de muertes por enfermedad, actualmente la situación ha cambiado. Los cambios sociales y económicos que se han vivido en las últimas décadas han provocado modificaciones en los estilos de vida de la población, lo que ha contribuido de manera importante a que las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyan como un verdadero problema de salud pública (Córdoba et al., 2008).

De acuerdo con la propuesta de plan estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2007), estas enfermedades representan el 60% de las muertes y una mayor proporción de los costos de la salud en la región de América Latina y el Caribe. Diferentes factores de riesgo intervienen en la evolución de las enfermedades crónico degenerativas, de los cuales muchos se encuentran asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres (Fagalde et al., 2005). Entre los factores de riesgo más citados en la literatura se encuentran el sedentarismo, una inadecuada alimentación, el estrés, el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad.

Enfermedades Crónico-degenerativas en México

En México, las enfermedades crónicas no transmisibles representan uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud (Córdoba et al., 2008). Esto se debe a numerosos factores entre los que se encuentran, el gran número de casos, la alta y cada vez más creciente contribución a la mortalidad, la incapacidad prematura y el alto costo que representa el tratamiento de estas enfermedades. Por tomar un ejemplo, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte en nuestro país al contribuir con el 12% del total de muertes. Se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años, Las pérdidas para los servicios de salud son del orden de 318 millones de dólares por año, la atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta 15% del total de sus recursos y es el rubro del gasto más importante del IMSS (Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta-Uribe y Reynoso-Noverón, 2011). De acuerdo con estos autores, el elevado costo de atención se debe principalmente a las complicaciones secundarias de la enfermedad. Esto se puede extender a los costos que las complicaciones de otras enfermedades crónico-degenerativas representan, por ejemplo, las complicaciones de la hipertensión. Es por esto que es de gran importancia generar estrategias de intervención que vayan orientadas a factores que contribuyan a retrasar o disminuir el daño que estas enfermedades causan en quien las padece.

De acuerdo con Córdoba et al. (2008), las muertes por enfermedades crónico-degenerativas son consecuencia de un proceso iniciado décadas atrás. Según estos autores, la evolución natural de este tipo de enfermedades puede modificarse al cambiar

algunas de las condiciones que determinan la incidencia de las mismas. Esto brinda la oportunidad para la prevención y el desarrollo de herramientas pronósticas. Estas enfermedades se pueden prevenir y las muertes prematuras debido a ellas se pueden evitar, llevando a cabo intervenciones eficaces dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables (Berrios et al., 1997). Es posible reducir la mortalidad producto de las enfermedades crónico-degenerativas al combinar la prevención (mediante la identificación y atención de los sujetos en riesgo) y el tratamiento eficaz una vez que están presentes (Córdoba et al., 2008).

Factores psicológicos de las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas tienen un gran impacto en el bienestar y calidad de vida de quienes las padecen al alterar su funcionamiento cotidiano. Tan sólo su diagnóstico involucra la pérdida del estado de salud y representa que la vida no será igual a como hasta ahora se conocía. Es un periodo caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico donde las emociones, generalmente negativas como la ansiedad, ira y miedo por el futuro, suelen aparecer (Gaviria et al., 2007; Vinaccia y Orozco 2005). Debido a que las ECNT son por definición permanentes, éstas representan diversos ajustes en los hábitos y cambios de estilo de vida, así como la instauración de rutinas nuevas que permitan tener una adecuada adherencia a tratamientos e indicaciones médicas (Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005). En el momento en el que el paciente comprende las implicaciones de su enfermedad, las consecuencias, los posibles impedimentos y las condiciones que ésta conlleva, pueden aparecer sentimientos depresivos (Vinaccia y Orozco, 2005). Es importante notar que las reacciones emocionales descritas pueden no ser vividas por todos los pacientes ni se presentan en el mismo orden siempre.

Roales-Nieto (2004) explica tres reacciones características que están dirigidas a conservar el equilibrio emocional:

1. Preservar la autoimagen
2. Conservar las relaciones familiares/sociales
3. Realizar arreglos necesarios para el futuro.

Durante este periodo, y a lo largo de las diferentes etapas del proceso de enfermedad, las personas llevan a cabo distintas estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1991) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales” (p.164). Los estilos de afrontamiento se entienden como predisposiciones personales que se tienen para enfrentar una situación dada utilizando uno u otro tipo de estrategia, entendiéndose estas últimas como los procesos específicos llevados a cabo en cada situación (Fernández Abascal, 1997, citado en Castaño y León, 2010).

La teoría de afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman, 1986) originalmente propuso dos modalidades para enfrentar las situaciones, las cuales podrían interferir entre ellas o fortalecerse: aquella dirigida a la acción, en la que el individuo trata de alterar el problema desde el entorno, o la dirigida a la emoción en la que se trata de regular la respuesta afectiva consecuente. Una tercera modalidad de afrontamiento, dirigida al significado, fue planteada después de hallarse que durante situaciones altamente estresantes también aparecen emociones positivas, las cuales ayudan a restablecer los recursos de afrontamiento. Esto facilita el cambio de una evaluación de peligro a una evaluación de reto, al mismo tiempo que promueve la motivación y mantenimiento de los esfuerzos de afrontamiento a largo plazo. Algunos ejemplos de estrategias utilizadas dentro de este tercer estilo (afrontamiento dirigido al significado) son la revisión de metas, reordenar las prioridades y enfocarse en las fortalezas obtenidas o ganadas de las experiencias de vida (Folkman, 2010).

Las cogniciones, los aspectos conductuales y emocionales tienen un efecto relevante sobre el funcionamiento del organismo (Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa, 2005). Éstos pueden afectar de diversas maneras el comportamiento de los individuos relacionado con su estado de salud-enfermedad, por ejemplo en el reconocimiento y reporte de síntomas, en la búsqueda de atención médica, el autocuidado, en el seguimiento de las indicaciones médicas y la adherencia al tratamiento, en la elección de conductas saludables sobre no saludables, etc. (Gaviria et al., 2007; Riveros et al., 2005).

Las intervenciones cognitivo-conductuales enfocadas a la salud buscan fomentar un ambiente donde se brinde apoyo al usuario, desarrollar o aumentar el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas y habilidades de solución de problemas, promover la autoeficacia, facilitar la toma de decisiones, prever y priorizar para el futuro, desarrollar repertorios de conductas saludables, enseñar estrategias que ayuden a disminuir la vulnerabilidad de los sujetos ante condiciones que puedan perjudicar o afectar negativamente su proceso de salud, entre otras cosas (González Martínez y García González, 1994; Seitz, Besier y Goldbeck 2009). Debido a lo anterior, este tipo de intervenciones enfocadas a comportamientos blanco y áreas afectadas por la enfermedad promoverán en el paciente una mejor calidad de vida (Riveros et al., 2005). Por último, es necesario recordar que una parte importante de la recuperación y mantenimiento de la salud dependerá de estrategias eficaces, integrales y preventivas, que logren actuar sobre los hábitos de vida de las personas (Rodríguez Ortega y Jaen Cortés, 2010).

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
“DR. GUILLERMO DÁVILA”
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CIUDAD UNIVERSITARIA

Descripción de la sede

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), fue fundado en 1981, siendo el primer centro de atención psicológica establecido en la Facultad de Psicología (FP). Este se creó con el objetivo de apoyar y fortalecer la formación de los alumnos de la FP que se encuentren realizando sus estudios en el área clínica. El objetivo principal del CSP es proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa, favoreciendo el desarrollo de competencias que consoliden su formación como psicólogo. Se busca también proporcionar servicios psicoterapéuticos a la comunidad universitaria y al público en general. Desde sus inicios, el CSP atiende a niños, adolescentes y adultos en las modalidades de terapia individual, grupal, de pareja y familiar.

El CSP se encuentra ubicado en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

Durante el periodo de la residencia, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se encontraba bajo la dirección de la Dra. Andrómeda Valencia Ortíz. Durante este periodo se inició el proceso de implantación del Sistema de Gestión de Calidad. Este sistema tiene como propósito ofrecer el mejor servicio posible para sus clientes internos (estudiantes en formación) y externos (usuarios de servicios terapéuticos), con base en los principios de calidad marcados por la Norma Internacional de Calidad de uso voluntario ISO 9001: 2008.

La Misión y Visión del CSP fueron modificadas y los valores bajo los que se trabaja quedaron definidos, estableciéndose de la siguiente manera:

Misión

Brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psico-educativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología basada en evidencia, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Visión

Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Valores

- Confianza:** que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en nuestros clientes internos y externos seguridad.
- Ética:** mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.
- Honestidad:** que nuestra acciones reflejen respeto responsabilidad y confianza para que nuestras acciones sean veraces y congruentes.
- Lealtad:** generar en nuestros clientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios que permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio.

- **Optimismo:** orientar nuestras acciones y metas con la confianza de que los resultados sean constante mejorados en beneficio de nuestros clientes internos y externos.
- **Respeto:** se refiere al trato amable, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus clientes externos e internos de forma bidireccional y que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas.
- **Responsabilidad:** realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.

Los servicios que se proporciona son de orientación, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico. De acuerdo con el Registro de Usuarios del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (2012), la mayor parte de los clientes de este centro pertenecen a la comunidad universitaria de dicha institución. Los motivos de consulta más reportados por los que se solicita atención son la ansiedad y la depresión. Quienes proporcionan el servicio de atención psicológica son alumnos de licenciatura y posgrado de la FP bajo la supervisión y apoyo de distintos profesores, a través de diversos programas de Formación Profesional Supervisada, de Práctica en Escenarios Especializados, de Servicio Social, así como distintos programas de Residencia de maestría y doctorado.

Características del programa

El programa de prevención y atención para enfermedades crónico-degenerativas brinda atención psicológica a aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible o que se detecta un alto riesgo de padecerla, por ejemplo, aquellas personas con sobrepeso u obesidad, entre otros padecimientos médicos. La atención a los usuarios asignados al programa de Medicina Conductual se brinda de manera individual en sesiones semanales con una duración de 60 minutos cada una y en la modalidad de taller con sesiones semanales con duración de 90 minutos cada una.

Durante la estancia en esta sede se colaboró en la realización de pre-consultas y de historias clínicas a los usuarios en general. Sin embargo, donde se tuvo mayor participación fue en la intervención de pacientes asignados al programa de prevención y

atención de enfermedades crónicas, quienes generalmente eran detectados desde la pre-consulta. El programa de atención al usuario, se encuentra estructurado en una serie de procedimientos que abarcan desde la recepción de la solicitud del paciente hasta su alta.

Actividades del Residente

Admisión

1. Recepción de solicitud debidamente llenada por el usuario.
2. Registro de la solicitud en la base de datos del CSP.
3. Revisión de solicitudes.

Evaluación

1. Entrevista de exploración (Pre-consulta).
2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación.
3. Realización de Historia Clínica
4. Elaboración del Resumen de Evaluación Psicológica. Se Integra la pre-consulta, la historia clínica y los resultados de la evaluación.
5. Revisión de expedientes y asignación a programa correspondiente.

Intervención (una vez asignados al programa de Medicina Conductual)

1. Formulación de caso clínico.
2. Elaboración de plan de tratamiento.
3. Elaboración de nota clínica (por sesión).
4. Aplicación de evaluación final
5. Sesiones de seguimiento

Actividades Académicas

- Sesiones de supervisión clínica los días viernes.
- Revisión de artículos académicos semanales
- Asistencia a seminario “El Juego del optimismo: programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias” los días lunes.
- Supervisión de casos y revisión de expedientes a alumnas de licenciatura del seminario del Juego del Optimismo.

- Asistencia y apoyo durante el X Encuentro de los Centros y Programas de Servicios: Práctica, formación e investigación, realizados los días 4, 5, 6 y 7 de septiembre del 2012. Durante este encuentro se impartió el taller “Terapia cognitivo conductual para pacientes crónicos”.
- Como resultado de la experiencia profesional en el Servicio, se presentó el trabajo titulado “Intervención cognitivo-conductual para un paciente poli-crónico con conductas asociadas a las compras compulsivas”, como parte del Simposio titulado “El mantenimiento de la salud y la atención a enfermos crónicos”, presentado en el Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2012, que se llevó a cabo en el mes de abril del 2012 en la Cd. de Acapulco, Guerrero.
- También se presentó el trabajo titulado “Pediatric diseases, positive psychology, and cognitive behavioral therapy: case study”, en el VII Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y Comportamentales, celebrado en el mes de julio del 2013 en la Cd. de Lima, Perú.
- Se participó en la elaboración del capítulo titulado “Intervenciones psicológicas empíricamente validadas en cáncer” incluido en el libro “Psicología clínica y de la salud. Intervenciones empíricamente validadas”.
- Por último, fue enviado para publicación en la Revista Latinoamericana de Medicina Conductual el artículo titulado “Enfermedades pediátricas: Intervención cognitivo-conductual y en psicología positiva para niños con labio y paladar hendido”.

Intervenciones

Con la información obtenida durante la evaluación (pre-consulta, historia clínica, aplicación de pruebas psicométricas y entrevista inicial) se realizó el análisis funcional para desarrollar la formulación de caso de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006). Es importante notar que para cada paciente atendido en el CSP de manera individual, se realizó la formulación de caso haciendo un análisis funcional de las conductas blanco a través del Mapa Clínico de Patogénesis y se realizó un Mapa de Alcance de Metas, seleccionando los objetivos de tratamiento y las técnicas más adecuadas para cada caso.

Las metas finales de tratamiento más comunes fueron el control de las emociones, la

eliminación de la sintomatología depresiva, la disminución de sintomatología ansiosa, el incremento de la adherencia a tratamientos médicos, la modificación de hábitos de alimentación y actividad física y mejorar las relaciones familiares y sociales.

Las estrategias de intervención cognitivo-conductuales más utilizadas (Tabla 1) fueron las psico-educación, la reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, técnicas de relajación (tensión muscular progresiva e imaginación guiada), activación conductual, entrenamiento en regulación emocional, terapia de resolución de problemas y entrenamiento en comunicación asertiva (Caballero-Suárez, Pérez-Sánchez, Herrera-Cornejo, Manrique y Sánchez-Sosa, 2012; Nezu et al., 2006; Caycedo, Gutiérrez, Ascencio y Delgado, 2008; Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010).

Tabla 1. Estrategias de intervención cognitivo-conductuales más utilizadas con los pacientes atendidos en el CSP por el servicio de Medicina Conductual .

ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN
Psico-educación	Se proporciona información acerca del padecimiento del paciente, las posibles complicaciones, su tratamiento, la importancia de la adherencia terapéutica y del tratamiento psicológico y se explica la relación de la enfermedad con sus emociones, cogniciones y conductas.
Reestructuración Cognitiva	Busca reducir los pensamientos disfuncionales, las suposiciones distorsionadas o erróneas y debilitar los esquemas desadaptativos, a través de distintas técnicas, entre las que se encuentran el debate de creencias, la búsqueda de explicaciones y pensamientos alternativos y la búsqueda de evidencias.
Control Respiratorio (mediante respiración diafragmática)	Su objetivo principal es entrenar al paciente a respirar de manera controlada y profunda a través de su diafragma, con el fin de disminuir la tasa de respiración y la demanda de oxígeno, cambios que son incompatible con la respuesta de estrés. Generalmente se lleva a cabo mediante el modelamiento del terapeuta.
Entrenamiento en relajación	Busca brindar al paciente un recurso para contrarrestar los efectos negativos del estrés (recordando que el estado de relajación es antagónico al estrés). Esta se llevó a cabo mediante el entrenamiento en tensión muscular progresiva) y mediante la imaginación guiada.

Activación Conductual	Se busca aumentar las fuentes de reforzadores positivos con el objetivo de disminuir las conductas de evitación, aislamiento, distanciamiento y falta de actividad.
Regulación Emocional	Se entrena al paciente para que tenga un manejo eficiente de la activación emocional, es decir que pueda responder ante distintas situaciones de manera socialmente aceptable y en caso de ser necesario que pueda demorar las reacciones.
Terapia de Resolución de Problemas	Consiste en entrenar a los usuarios en un modelo sistemático de solucionar problemas cotidianos con el objetivo de mejorar su capacidad para afrontar situaciones estresantes.
Entrenamiento Asertivo	Se busca entrenar al individuo para ayudarlo a obtener aquello a lo que tiene derecho en distintas situaciones sociales, escenarios médicos o situaciones familiares, sin violar los derechos de los demás.

En numerosos casos, la intervención cognitivo-conductual fue complementada con técnicas de la psicología positiva (Tabla 2). Las más utilizadas con los usuarios del CSP fueron la bitácora de bienestar, la bitácora de gratitud, la carta de gratitud, las verbalizaciones positivas y la atención positiva. A continuación se muestra una breve descripción de estas técnicas (Lyubomirsky, 2011).

Tabla 2. Técnicas de psicología positiva más utilizadas con los pacientes atendidos en el CSP.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
Bitácora de Bienestar	Registrar tres situaciones, cosas o acciones que haya disfrutado o lo haya hecho sentir bien ese día.
Bitácora de gratitud	Identificar tres cosas por las que estemos agradecidos diariamente durante una semana.
Carta de gratitud	Consiste en escribir una carta a una persona significativa que aún esté viva, citarlo para poder leerle la carta en voz alta y posteriormente hacer entrega de la misma
Verbalizaciones Positivas	Incrementar verbalizaciones positivas hacia los demás y hacia ti mismo, generando frases de admiración, agradecimiento y afecto.
Atención Positiva	Incrementar un estado de concentración intensa en el momento presente involucrándonos en lo que se está haciendo. Se busca equilibrar habilidades y desafíos de forma que la actividad que realizamos se perciba como un

	desafío que pone a prueba nuestras habilidades y experiencia, generando control, fortaleza y eficacia.
--	--

Estadísticas de usuarios atendidos por residente de Medicina Conductual

El número total de usuarios asignados al programa de Medicina Conductual atendidos por la residente fue de 44. El rango de edad fue entre 11 y 67 años, siendo la media de 37 años.

Del total de usuarios, el 23% (10) fueron hombres y el 77% (34) mujeres (Figura 2).

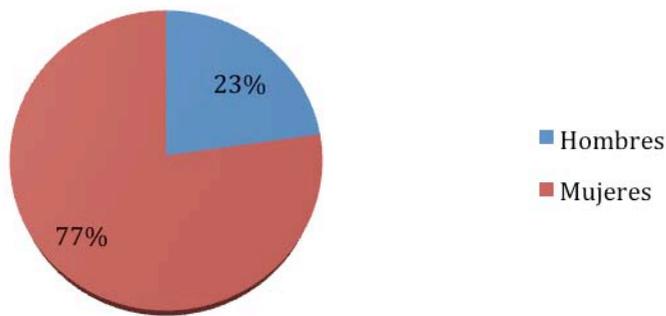


Figura 2. Distribución en porcentaje por sexo de pacientes atendidos en el CSP.

En cuanto al motivo de consulta reportado por los pacientes en la pre-consulta (Figura 3), el 34% (15) solicitó atención psicológica debido a problemas de ansiedad (entre los motivos se reportan pánico, nerviosismo, ansiedad, ansiedad social, estrés postraumático), el 18% (8) debido a depresión (tristeza, pérdida de esperanza, depresión), otro 34% (15) refirió sintomatología ansiosa y depresiva, mientras un 14% (6) solicitó ayuda para manejo de alguna enfermedad o diagnóstico.

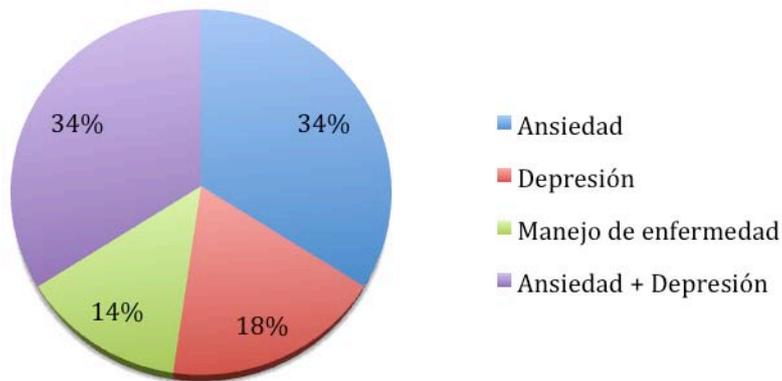


Figura 3. Distribución en porcentaje por motivo de consulta reportado de pacientes atendidos en el CSP.

A pesar de que únicamente el 14% (6) de los pacientes, reportó necesitar ayuda con el manejo de su enfermedad, el 71% (31) de ellos tenían una o más enfermedades crónicas al momento del tratamiento, 11%(5) estaban diagnosticados con algún trastorno mental y el 18% (8) no reportaron ningún padecimiento (Figura 4).

De los 44 pacientes que fueron asignados al programa, el 73 % (32) fueron dados de alta, el 7% (3) fueron referidos a otro programa o institución, el 9 % (4) pidió su alta de manera voluntaria y el 11% (5) fueron dados de baja (Figura 5).

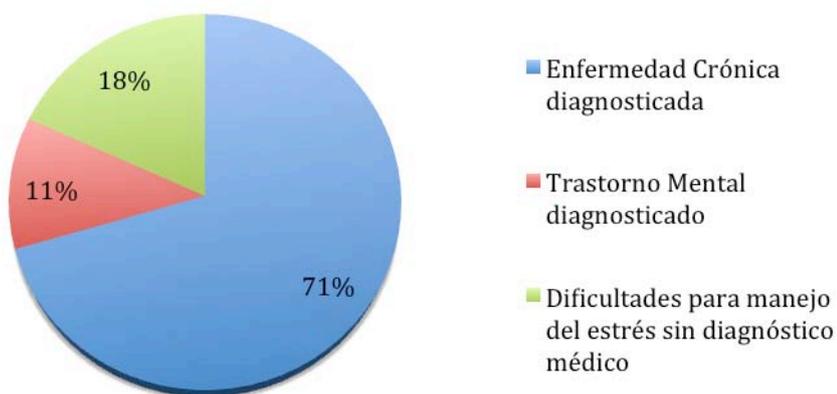


Figura 4. Distribución en porcentaje por diagnóstico médico al momento de inicio de tratamiento de pacientes atendidos en el CSP.

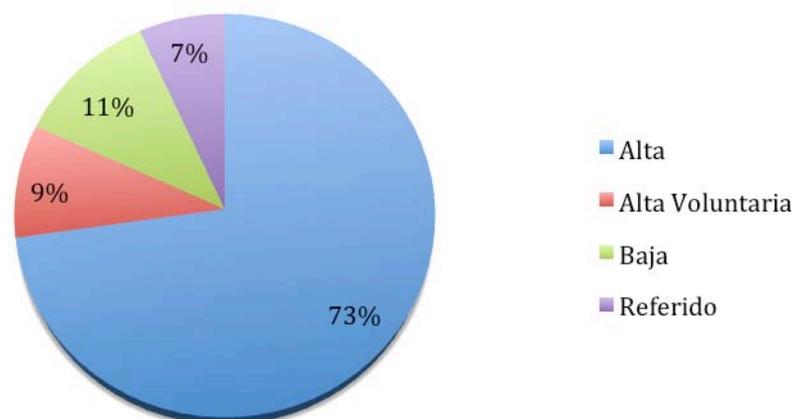


Figura 5. Distribución por motivo de finalización de tratamiento de pacientes atendidos en el CSP.

En el siguiente apartado se presenta uno de los casos con los que se trabajó.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON CONDUCTAS ASOCIADAS A COMPRAS COMPULSIVAS

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Descripción general de la enfermedad

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, autoinmune que se caracteriza por daños causados a los tejidos del cuerpo por el mismo sistema inmunológico. La presentación y curso de la enfermedad es muy variable ya que puede atacar cualquier órgano o sistema (Benseler y Silverman, 2005). Este padecimiento no es curable sin embargo los tratamientos se dirigen al control sintomático, para evitar, detener o minimizar el daño a los distintos tejidos (Gutiérrez-Martín, Díaz-López y Gómez-Arbesú, 2006).

Entre las manifestaciones del lupus (Tabla 3) se encuentran la artritis con inflamación, la fatiga, el eritema en alas de mariposa en región malar, las úlceras orales, la fotosensibilidad, la serositis (inflamación del tejido alrededor del corazón y pulmón), la osteoporosis, los desórdenes renales (proteinuria y destrucción celular), los desórdenes

sanguíneos (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica) y los desórdenes inmunológicos (anticuerpos anti-DNA y anti-Sm) (Sánchez Rodríguez, BarajasVásquez, Ramírez Alvarado, Moreno García y Barbosa Cisneros, 2004).

Tabla 3. Prevalencia de las principales manifestaciones clínicas en pacientes con LES.

Manifestación	Prevalencia (%)	Manifestación	Prevalencia (%)
Artritis	84	Síndrome seco	16
Eritema malar	58	Livedo reticularis	14
Fiebre	52	Trombosis	14
Fotosensibilidad	45	Linfadenopatía	12
Nefropatía	39	Lesiones discoides	10
Serositis	36	Miositis	9
Fenómeno de Raynaud	34	Anemia hemolítica	8
Afección neurológica	27	Afección pulmonar	7
Úlceras orales	24	Lesiones cutáneas subagudas	6
Trombocitopenia	22	Corea	2

Nota. Prevalencia de las principales manifestaciones clínicas detectadas en una serie de 1000 pacientes europeos con LES en el ensayo Euro-lupus de nefritis. Fuente: Cervera y Pallarés (2008). Epidemiología y clasificación del lupus eritematoso sistémico (p. 42.). En R. Cervera y R. Jiménez-Alonso. (coordinadores), *Avances en lupus eritematoso sistémico* (pp. 35-50). España: Marge Medica Books.

La etiología del LES es desconocida, sin embargo se sabe que múltiples factores influyen en la génesis de la misma.

Factores genéticos

Se ha encontrado que la frecuencia de LES en gemelos monocigotos es de 25% mientras que en gemelos dicigotos es de 2%. Esto refleja el importante rol que juega la genética (Zonana Nacach et al., 2002). Actualmente se sabe que la herencia del LES es poligenética y multifactorial. Al parecer por lo menos cien genes pueden estar involucrados en la susceptibilidad de desarrollar esta enfermedad. En la mayoría de los afectados, se ha calculado que se necesitan por lo menos cuatro genes de susceptibilidad para desarrollar lupus (Gutiérrez Martín et al., 2006).

Factores Ambientales

La exposición a la luz solar es el factor ambiental más asociado al LES, ya que exacerba las manifestaciones de la enfermedad en un gran número de individuos (Silva, 2009). Otros factores como el estrés, algunos fármacos (por ejemplo la procainamida, cloropromazina, isoniazida, propiltiouracil y los anticonvulsivos), así como la presencia de agentes infecciosos, generalmente virus, pueden estar relacionados con la etiología y agravamiento de síntomas del lupus (Gutiérrez Martín et al., 2006).

Factores Endócrinos

El LES se presenta en su gran mayoría en mujeres en edad fértil, frecuentemente jóvenes, durante el embarazo o en el periodo posparto. En caso de ya contar con el diagnóstico, la actividad de la enfermedad tiende a aumentar durante el embarazo (Gutiérrez Martín et al., 2006).

Zonana et al (2002) encontraron en un estudio realizado en población mexicana que el uso de anticonceptivos orales durante un año o más representa un riesgo dos veces mayor de desarrollar LES. Es por todo esto, que se ha considerado y estudiado la importante relación que tienen las hormonas en la manifestación del LES.

Por otra parte, aunque aún no se ha podido establecer con exactitud el papel que juegan tanto en la etiología como en la exacerbación de síntomas del lupus las hormonas del estrés, como la adrenalina y el cortisol. Éstas han ganado interés de ser estudiadas debido a que con frecuencia los pacientes asocian sus primeros síntomas o un empeoramiento de su estado de salud, con un evento o periodo estresante (Gutiérrez Martín et al., 2006).

Alteraciones inmunológicas

El lupus se caracteriza por múltiples anormalidades inmunológicas que involucran a los linfocitos B y T (conocidos también como células T y B) así como disfunciones dendríticas que resultan en el desarrollo de auto-anticuerpos y células T auto-reactivas (Gordon y Gross, 2011). Las células B tienen como función principal producir anticuerpos (conocidos también como inmunoglobulinas o gamaglobulinas) ante la presencia de materiales extraños al cuerpo (antígenos). Por su parte, las células T atacan directamente los micro-organismos extraños como virus, hongos y tejidos transplantados y a su vez actúan como reguladores del Sistema Inmunológico. Existen tres tipos de células T: destructoras, de ayuda y supresoras. Los linfocitos T destructores se encargan de destruir al micro-organismo que invade al cuerpo. Los linfocitos T de ayuda por su parte, apoyan a los linfocitos B en la producción de anticuerpos y ayudan a los linfocitos T destructores cuando atacan sustancias extrañas o invasoras. Por último, los linfocitos T supresores, suprimen o apagan a los linfocitos T de ayuda, sin lo cuál el

Sistema Inmunológico seguiría trabajando aún después de la infección (Terr y Imboden, 2002).

La principal alteración inmunológica en el LES es la hiperreactividad de las células B, que se caracteriza por la secreción indiscriminada de inmunoglobulinas. Se ha visto también una disminución de los linfocitos T supresores (Portal de Internet - Hospital General de México).

Epidemiología

El Lupus Eritematoso Sistémico afecta primordialmente a mujeres en edad reproductiva. Sin embargo el LES puede presentarse en la infancia, aunque es común que aparezca después de la pubertad y también se presenta en hombres de cualquier edad, siendo más común entre las personas del sudeste y sur de Asia, raza negra, latinos y nativo-americanos (Gordon y Gross, 2011).

Se ha reportado una prevalencia (número de personas con la enfermedad) en Estados Unidos de 14.6 a 50.8 casos por 100.000 personas. Un estudio en México reportó una prevalencia de 0.06% (Peláez Ballestas et al., 2011). Sin embargo, no se encontraron mayores datos acerca de la prevalencia de LES en México, probablemente debido a la propia complejidad de la enfermedad y dificultad en su diagnóstico.

La incidencia anual (número de casos nuevos) en adultos con LES varía entre los diferentes grupos étnicos, con tasas que van de 1.9 a 5.6 por cada 100,000 habitantes. Las tasas entre hombres y mujeres van de 0.4 a 0.6 en hombres blancos, 3.5-4.6 en mujeres de raza blanca, 0.7 hombres afro-americanos y 9.2 para mujeres afro-americanas (Gordon y Gross, 2011).

Factores Psicológicos

Debido a la complejidad del LES empezado por el desconocimiento de sus causas, lo complejo y tardado que suele ser su diagnóstico, los patrones de presentación tan variables de síntomas y severidad de los mismos y el curso impredecible de la enfermedad, ésta suele afectar de manera significativa la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en diversos aspectos tanto físicos como sociales y psicológicos. La CVRS se refiere a aquellos aspectos de la vida que se encuentran afectados por el estado

de salud, por ejemplo, la funcionalidad, excluyendo otros factores de la calidad de vida como la seguridad en el trabajo o las condiciones de vida (McElhone, Abbott y Teh, 2006).

Diversos factores influyen directamente en el estado físico y emocional de los pacientes con LES. Wang, Nancy y Paul (2001) encontraron que los factores que afectan la calidad de vida de estos pacientes incluyen el dolor, la ansiedad, depresión, la dificultad para realizar las actividades diarias, la incapacidad para llevar a cabo o terminar las tareas diarias de autocuidado, entre otros. Por otra parte, de acuerdo con Jolly (2005), existen tres factores importantes que afectan la calidad de vida de los pacientes con LES: La actividad física, la comprensión de la enfermedad por parte de la familia y en el lugar de trabajo y por último la depresión y la ansiedad.

McElhone, et al. (2006) realizaron una revisión que incluyó 53 artículos relacionados con la calidad de vida en pacientes con LES. En esta revisión encontraron que la CVRS se encuentra disminuida en pacientes con LES, sin embargo, esta decremento no se encuentra correlacionado con el daño o el nivel de actividad de la enfermedad. También encontraron que la fatiga y ciertos factor psicosociales que pueden ser modificados como el apoyo social, el afrontamiento, el estrés, la desesperanza y el impacto de la enfermedad en el rol de la persona, tienen un impacto complejo en la CVRS, sin embargo no queda claro en que manera. Lo que sí queda claro para estos autores, es que la medición de la CVRS es esencial en todos los estudios realizados con pacientes con LES.

Hyphantis, Palieraki, Voulgari, Tsifetaki y Drosos (2011), encontraron que el distrés psicológico se encuentra asociado significativamente con casi todos los aspectos de la CVRS, pero el sentido de coherencia, (orientación global que se basa en la confianza personal de que los estímulos internos y externos son estructurados y predecibles, que los recursos necesarios para hacer frente a estas demandas son suficientes y están disponibles, y que estas demandas sean vistas como retos para los que vale la pena esforzarse) mediaba la relación entre el distrés psicológico y el factor físico de la CVRS. El estilo de afrontamiento se encontró significativamente relacionado con el factor Ambiental de la CVRS independientemente del distrés psicológico. Estos

resultados muestran la importancia de evaluar y trabajar con los recursos psicológicos de los pacientes, así como con sus estilos de afrontamiento.

Jarpa et al. (2011), realizaron un estudio con 83 pacientes chilenos con LES donde encontraron que el 44.6% de los pacientes cumplió los criterios del DSM-IV para algún padecimiento psiquiátrico, siendo el episodio depresivo mayor el más común (21.7%), seguido por trastornos de ansiedad (15.6%) y riesgo suicida (9.6%). No encontraron relación alguna entre las medidas de ansiedad y depresión hospitalaria, o la presencia de algún trastorno mental (DSM-IV), con el nivel de actividad lúpica. En este estudio se concluyó que los trastornos mentales son muy comunes entre los pacientes de LES, sin embargo estos no están relacionados con el nivel de actividad de la enfermedad.

Schattner, Shahar, Lerman, and Shakra (2010), realizaron un estudio longitudinal con 30 mujeres que padecían de LES con el objetivo de diferenciar entre los aspectos relacionados con la enfermedad de los relacionados con la personalidad que contribuyan al desarrollo de la depresión en estos pacientes. Se encontró que la depresión era precedida por el ocultamiento de los síntomas de la enfermedad a personas significativas y por la intrusión de la enfermedad. Estos autores explican como el ocultar los síntomas de la enfermedad priva al individuo de la oportunidad de darle algún sentido a su experiencia, así como de poder tener apoyo social o buscar el contacto social, llevando a la persona al aislamiento. Por otra parte, la intrusión es un concepto que abarca las interrupciones que tanto la enfermedad como los tratamientos de la misma ocasionan en el estilo de vida, actividades e intereses de la persona (Devins et al., 1984 citado en Schattner et al). Por último se encontró que la depresión se asocia con el incremento a través del tiempo, de la intrusión de la enfermedad. Estos autores explican entonces, la relación recíproca que existe entre la depresión y la intrusión de la enfermedad.

Huang, Chou, Lin y Chao (2007), realizaron un estudio transversal donde exploraron la relación entre la incapacidad del paciente (en términos de dolor, calidad del sueño, ansiedad y depresión), un estilo de vida saludable y la Calidad de vida en 129 pacientes de LES. Estos autores encontraron que 72% de la muestra reportó tener problemas de sueño, 20%-32% mostraron ansiedad y depresión severas. Se encontró que un estilo de

vida saludable no tenía un efecto significativo en el componente físico de los pacientes, el mediador necesario para encontrar un resultado sobre este componente era obtener de alguna manera una mejoría en los niveles de fatiga de los participantes. Por otro lado sí encontraron que un estilo de vida saludable tenía un efecto directo y significativo en el componente mental.

La adherencia al tratamiento es de suma importancia para el pronóstico de las ECNT. En el caso del LES por ejemplo se ha encontrado que una baja adherencia a tratamiento representa un factor determinante para daño renal en estos pacientes (Petri, Pérez, Longenecker y Hochberg, 1991). En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, se realizó un estudio con 184 pacientes con LES que asistieron a urgencias entre 1996 y 1997. Los autores encontraron que la baja adherencia a tratamientos e indicaciones médicas fue una de las variables importantes asociadas con las hospitalizaciones de estos pacientes (Rojas y Cardiel, 2000). Entre los factores que contribuyen a una baja adherencia a tratamiento en pacientes con LES se encuentran el miedo a los efectos secundarios, problemas económicos, dificultades encontradas en el sistema de salud público y percepción de poca eficacia del tratamiento. Otras posibles causas de una baja adhesión son la depresión, problemas de memoria a corto plazo y la poca confianza en los médicos (Petri, Pérez, Longenecker y Hochberg, 1991).

Intervenciones cognitivo-conductuales para Lupus

Zhang, Wei y Wang (2012) llevaron a cabo un meta-análisis donde encontraron que las intervenciones psicológicas disminuían significativamente los niveles de ansiedad, la depresión y el estrés.

Por su parte, Greco, Rudy y Manzi (2004), confirmaron la utilidad de una intervención cognitivo-conductual enfocada al manejo del estrés para mejorar la experiencia de dolor, el funcionamiento psicológico y la percepción de la funcionalidad física en personas con LES que experimentaban dolor. La intervención incluyó estrategias de relajación muscular progresiva, terapia de solución de problemas para el dolor, otros síntomas de lupus y dificultades interpersonales y reestructuración de pensamientos desadaptativos. Esta intervención estuvo combinada también con *biofeedback*.

Peralta Ramírez, Robles Ortega, Navarrete Navarrete y Jiménez Alonso (2009) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el manejo del estrés en personas con lupus. Su intervención constó de 13 sesiones donde se incluyeron estrategias de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, control y organización del tiempo, manejo del enojo y el humor y optimismo como estrategias de afrontamiento, entre otras. Encontraron que la vulnerabilidad al estrés, las experiencias vitales estresantes, la ansiedad y la depresión disminuyeron significativamente tanto en los pacientes sanos como en los pacientes con LES. Así mismo, observaron una mejora significativa el nivel de funcionalidad física, lo que se vio reflejado en una disminución en la percepción de síntomas somáticos.

TRASTORNO DE COMPRAS COMPULSIVAS

Descripción general

El trastorno de compras compulsivas es una condición crónica que se vuelve una respuesta primaria ante eventos o emociones negativas y que puede incluir síntomas equivalentes al *craving* (intensificación del deseo ante señales asociadas a la compra) y el síndrome de abstinencia (en este caso, las personas llegan a considerar que perdieron grandes oportunidades de comprar algo y que éstas no se van a repetir) (Lejoyeux y Weinstein, 2010; Lejoyeux, Haberman, Solomon y Ad`es, 1999; Vela, Abadías, Vidal, Munuera, y Carvacho, 2004).

Este trastorno está caracterizado por una elevada preocupación con las compras y por la realización de compras excesivas, acompañadas de malestar emocional o diversas dificultades (Miltenberger et al., 2003). Entre estas consecuencias negativas se encuentran los problemas económicos y legales, depresión, sentimientos de culpa y conflictos interpersonales (Lejoyeux y Weinstein, 2010).

De acuerdo con Hartson (2012), algunos de los factores relacionados con la adquisición de productos son el desarrollo de la mercadotecnia, la disponibilidad de tarjetas de

crédito y programas de pagos diferidos y promociones, el bombardeo por medios de comunicación, el impacto de campañas sobre estilos vida, las ventas por internet, el otorgar un sentido exagerado de importancia a la compra de productos o experiencia de compra, la experiencia de comprar como fuente de placer o de logro (encontrar una buena oferta, encontrar el mejor suéter) y las compras como fuente de identidad y validación.

Miltenberger et al (2003) encontraron que las emociones negativas fueron el antecedente más común a un episodio de compras compulsivas y que la euforia y la disminución de las emociones negativas eran las consecuencias más referidas. Benson y Gengler (2004) por su parte consideran que algunos otros compradores compulsivos lo hacen como un intento para ganar cierto estatus social o acercarse a la idea de lo que ellos creen que deberían ser, es decir su Yo ideal.

Tratamientos del Trastorno de Compras Compulsivas

Pazarlis, Katsigiannopoulos, Papazisis, Bolimou y Garyfallos (2007) realizaron una revisión de los trabajos publicados en los últimos quince años acerca del comportamiento de compras compulsivas. Estos autores concluyeron que hasta esa fecha no existía un tratamiento establecido para las compras compulsivas, sin embargo se ha encontrado que la terapia farmacológica con base en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ha tenido buenos resultados con algunos pacientes, de igual forma se ha probado con otras sustancias como los antagonistas de opio, los estabilizadores del estado de ánimo y cierto antipsicóticos atípicos. Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual en su modalidad grupal ha obtenido buenas resultados (Mitchell, Burgard, Faberb, Crosby y de Zwaan, 2006; Müller y Mitchell, 2011; Zambrano y Tavares, 2009).

Müller y Mitchell (2011) proponen en su libro titulado *Compulsive Buying: Clinical Foundations and Treatment: Practical Clinical Guidebooks series*, un tratamiento grupal que incluye como componentes principales de su intervención a la identificación del problema y sus consecuencias, manejo del dinero, la reestructuración cognitiva, favorecer un autoestima adecuado, la exposición, el manejo del estrés y la terapia de resolución de problemas. Por su parte, Zambrano y Tavares (2009) realizaron un estudio

piloto, donde concluyen que la terapia cognitivo-conductual grupal con énfasis en la detección de distorsiones cognitivas específicas y su reestructuración puede ayudar a las personas con este trastorno a manejar tanto las cogniciones como las conductas de compras.

FORMULACIÓN DEL CASO

Identificación del paciente

Mujer, originaria y residente del Distrito Federal, de 47 años de edad, soltera, con licenciatura trunca, religión católica, estrato socioeconómico medio-bajo, es empleada en una tienda de su hermana. Ocupa el sexto lugar en orden de nacimiento de un total de ocho hermanos. Actualmente habita en casa propia con su madre, su hermana y sus dos sobrinas (Figura 6). Cuenta con múltiples diagnósticos de enfermedades crónicas: Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, colitis y gastritis crónica, hipertensión, glaucoma, várices, fibromialgia y trastorno de ansiedad relacionado con compras compulsivas.

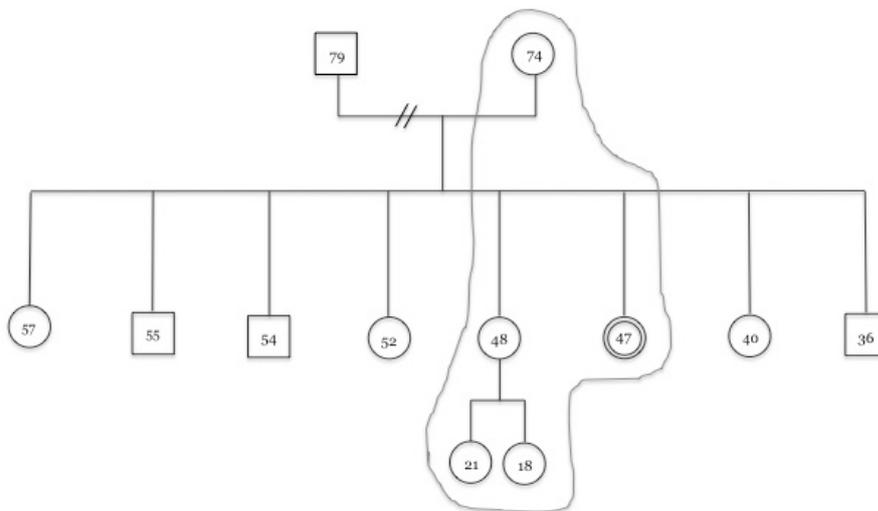


Figura 6. Famiograma.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acudió al CSP para solicitar terapia psicológica debido a problemas con sus patrones de compra, dificultades con el manejo de ansiedad y presentar sintomatología depresiva respecto a su enfermedad (lupus). Durante la pre-consulta, la usuaria aseguró tener su enfermedad bajo control médico, sin embargo en la entrevista inicial ya con su terapeuta asignado, se detectó que abandonó sus tratamientos médicos en múltiples

instituciones de salud pública y continuaba únicamente con medicamentos recetados por médico particular, sin embargo no asistía a citas de seguimiento con éste.

La paciente refirió sentirse deprimida respecto al Lupus ya que había tenido complicaciones últimamente y aseguró preocuparse por su salud pero “no tener tiempo ni dinero” para asistir a sus estudios y citas médicas. Es importante mencionar que la usuaria es la cuidadora primaria de su madre, quién padece de glaucoma e hipertensión y a quien sí acompaña a sus citas médicas.

Al momento de ingresar al CSP comenzó con un programa de pago de tarjetas de crédito y solicitó ayuda para resolver el cómo pagarlas. La paciente refirió que continuaba comprando “cosas pequeñas pero innecesarias porque esto la hacía sentirse bien, completa y era la única forma en que la ansiedad disminuía”. Refiere no ser capaz de ahorrar para pagar.

Historia del problema

La paciente recibió el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico a la edad de 18 años. Ella se atendió durante muchos años en distintas instituciones, en el hospital de Nutrición, en Cardiología, en Medica Sur como parte de un protocolo de estudio y con un médico particular. Dos años antes de solicitar ayuda en el CSP, la paciente abandona sus tratamientos médicos, quedando únicamente en contacto con su médico particular, sin embargo no asiste regularmente a sus citas. El comienzo de las conductas de compras compulsivas coincide con el momento en que ella abandona sus tratamientos.

Análisis funcional de las conductas problema, objetivos de tratamiento y selección de técnicas de tratamiento

Se realizó la formulación de caso de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), por lo que se hizo un Mapa Clínico de Patogénesis (Figura 7) y un mapa de Alcance de Metas (Figura 8). En el primero, se puede apreciar la relación de las variables que mantienen las respuestas desadaptativas de la paciente. En primer lugar se identifican las situaciones más importantes de la historia de vida (variables distantes), después se observan las situaciones desencadenantes o precipitantes (variables antecedentes) y la manera en que estos sucesos se relacionan con las características propias de la usuaria (variables orgánicas), lo que nos permite entender el comportamiento (variables de

respuesta) para finalmente identificar las consecuencias negativas a corto plazo y lo que es probable que suceda a largo plazo en caso de que la situación se mantenga como está actualmente (consecuencias a corto y largo plazo). En el segundo mapa se proponen las estrategias potenciales de tratamiento para alcanzar los resultados específicos que facilitarán el alcanzar las metas finales del tratamiento, las cuales servirán de indicador para dar por terminado el tratamiento.

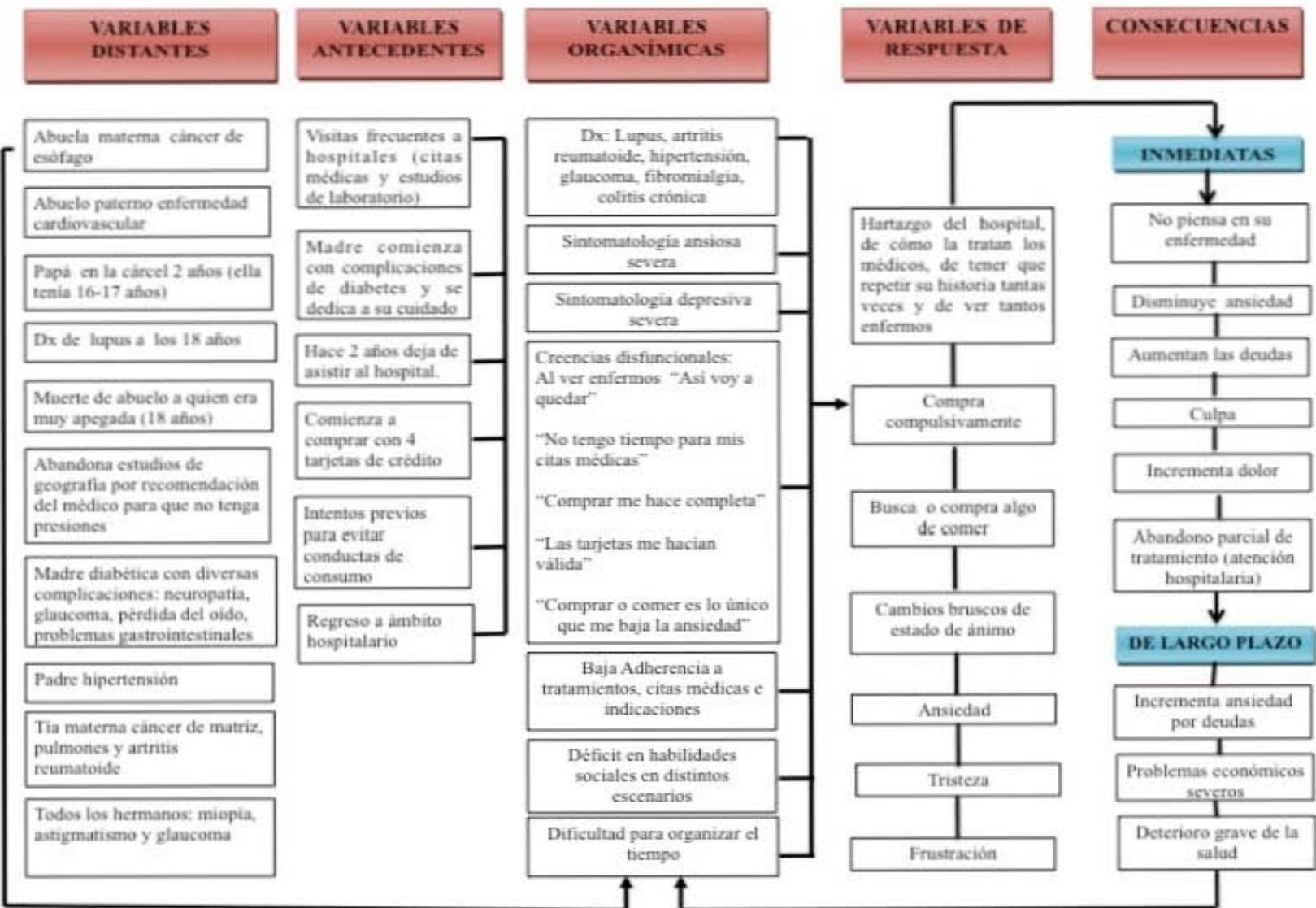


Figura 7. Mapa Clínico de Patogénesis. Este muestra la relación de las variables que mantienen la conducta.

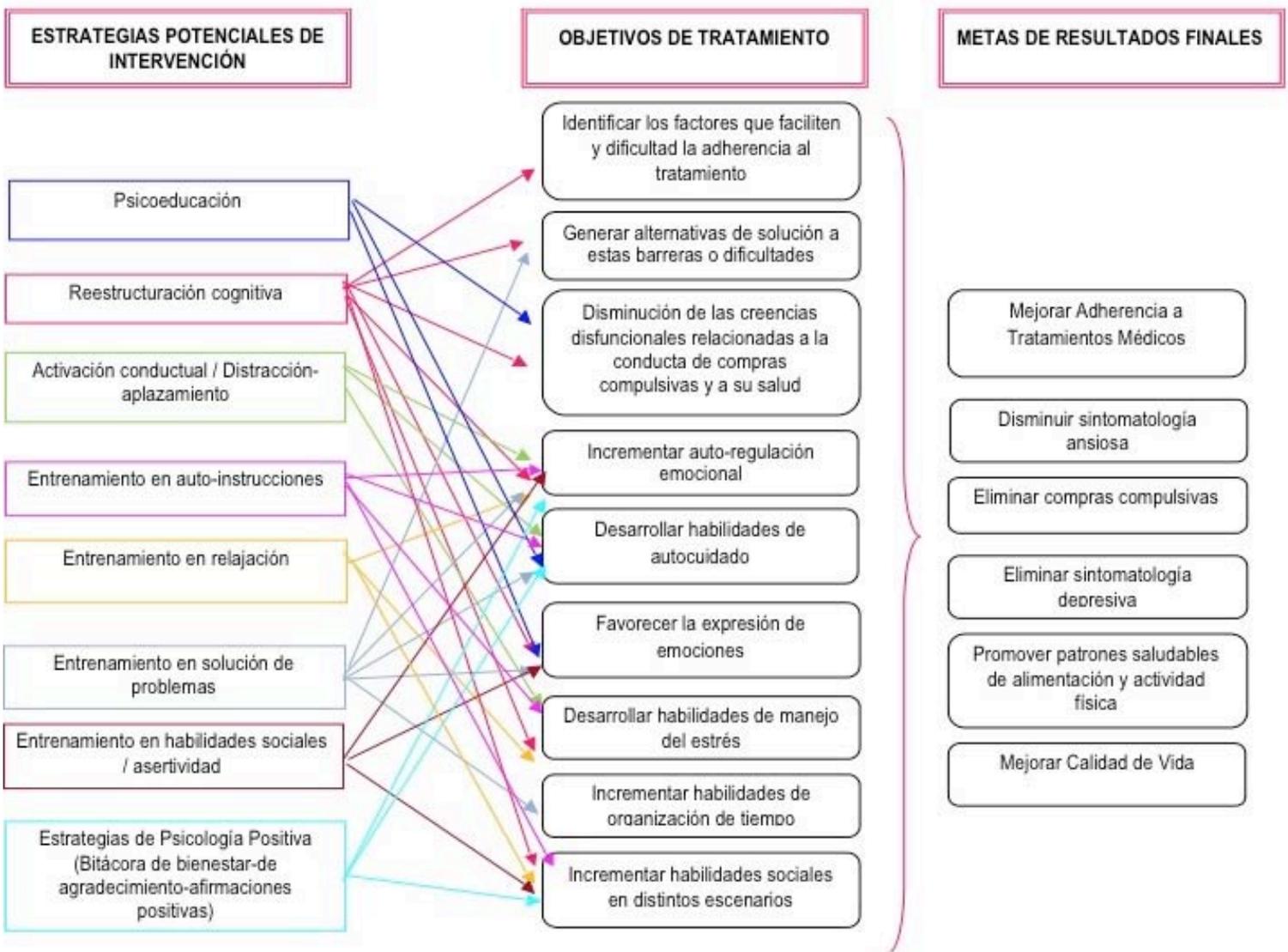


Figura 8. Mapa de Alcance de Metas. Se muestran los objetivos de tratamiento, las metas finales y las estrategias de intervención seleccionadas para alcanzarlas.

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único $n = 1$, con evaluaciones pre y post tratamiento (Tabla 6). Para el diseño de este tratamiento se consideró la intervención basada en evidencia propuesta por Caballero-Suárez, Pérez-Sánchez, Herrera-Cornejo, Manrique y Sánchez-Sosa (2012).

La variable independiente fue la intervención cognitivo-conductual, dividida en los siguientes módulos (Tabla 5): Psico-educación, Adhesión al medicamento, Regulación emocional, Adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio físico, Comunicación Asertiva y Prevención de recaídas. La intervención se llevó a cabo en sesiones individuales con una duración de 50 minutos cada una, programadas semanalmente.

Las variables dependientes fueron el nivel de ansiedad, el nivel de depresión, la calidad de vida, la adherencia a medicamentos y la adherencia a régimen alimenticio.

Instrumentos

- **Entrevista inicial** semi-estructurada (Historia Clínica).

- **Inventario de Ansiedad de Beck**, versión en español estandarizada para población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) constituida por 21 reactivos que señalan diferentes síntomas físicos y cognitivos de ansiedad, calificados en escala tipo Likert con puntuaciones del 0 al 3. Esta prueba presenta una alta consistencia interna con *alpha de Cronbach* de .84.

- **Inventario de Depresión de Beck**, versión en español estandarizada para población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998), la cual está constituida por 21 grupos de cuatro oraciones numeradas del 0 al 4. Tienen una consistencia interna de 0.87 y la capacidad discriminativa de los reactivos es significativa.

- **Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref)** adaptada por Sánchez Sosa y González- Celis (2006), consta de 26 reactivos con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert, que abarcan

cuatro áreas diferentes: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Esta prueba tiene adecuada validez de contenido (González-Celis y Padilla, 2006).

- **Auto-registros semanales** (Tabla 4). A lo largo de la intervención se utilizaron diversos registros donde se llevaba un control de la ocurrencia de determinadas conductas o situaciones establecidas durante sesión.

Tabla 4. Descripción de registros utilizados durante la intervención.

REGISTRO	DESCRIPCIÓN
Adherencia a medicamentos	En este registro se encontraban anotados todos los medicamentos que la paciente debía tomar y la dosis correspondiente, se pedía que registrara únicamente si había tomado o no cada medicamento, y en caso de no ingerir alguno, registrar porqué no lo había hecho.
Bitácora de alimentación	Este registro se encontraba dividido en 7 días y se pedía a la paciente que anotara todo aquello que comía durante el día en su espacio correspondiente. Se debía anotar lo más detalladamente posible, con porciones y el horario en que era ingerido.
Actividad física	Este registro se encontraba dividido en 7 días y se tenía que registrar si había realizado a o no actividad física cada día, la duración de ésta y había una columna de observaciones donde se pidió que registrara si había experimentado algún problema, o en caso de no realizar actividad física, explicar porqué.
Relajación-dolor	Se encontraba dividido en 7 días, se pedía a la paciente que registrara si realizó o no los ejercicios de relajación, qué técnicas fueron utilizadas, el nivel de dolor antes y después de los ejercicios y si había presentado algún problema durante su realización. En caso de no realizar el ejercicio, se pedía que registrara porqué no lo había hecho, esto último con el fin de detectar barreras.
Cadenas cognitivo-conductuales	Estos registros se diseñaban y enviaban como tarea para el hogar dependiendo de lo que se estuviera trabajando en sesión. En general en ellos se pedía que se registrara de manera que se pudiera apreciar la relación entre las situaciones, los pensamientos y las consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicas. Se pedía que ante la ocurrencia de determinados eventos, por ejemplo de compra compulsiva o al identificar emociones negativas como ansiedad, tristeza profunda o enojo se registrara en formato ABC ó ABCDE.
Bitácora de bienestar	Este registro es una estrategia de la psicología positiva. El registro estaba dividido en 7 días y había tres espacios por día, donde se pidió a la participante que

	diariamente anotara tres cosas que hubiera disfrutado, que le hubieran gustado o que la hubieran hecho sentir bien ese día. Se pidió que anotara una por espacio en blanco y en caso de no identificar tres, anotara las que identificara registrando que no encontró más.
Bitácora de agradecimiento	Este registro también corresponde a la psicología positiva. El registro estaba dividido en 7 días y había tres espacios por día. Se pidió a la participante que diariamente anotara tres cosas por las que se sintiera agradecida al final del día. Se pidió que anotara una por espacio en blanco y en caso de no identificar tres, anotara las que identificara registrando que no encontró más.

Procedimiento

El número total de sesiones fue de 18 más dos sesiones de seguimiento; una al mes de terminado el tratamiento y la segunda a los 12 meses, cada una con una duración de 50 minutos. Todas las sesiones se llevaron a cabo en el cubículo 21 del CSP “Dr. Guillermo Dávila”. Este trabajo se realizó en tres etapas que serán descritas a continuación.

Etapas de evaluación.

Una vez que la paciente concluyó el proceso de admisión al CSP (Preconsulta-Evaluación-Historia Clínica) y fue asignada al programa de Medicina Conductual, se realizó la entrevista inicial a la paciente ya por parte del Residente de Medicina Conductual, donde se obtuvieron datos relevantes para la formulación del caso, se exploró la situación actual del problema y se trabajó en los objetivos del tratamiento junto con la usuaria. Durante esta etapa inicial de evaluación también se explicó el llenado de los primeros registros utilizados durante la intervención. Con esto se concluyó el proceso de evaluación.

Etapas de intervención.

I. Psico-educación:

Se buscó que la paciente lograra identificar la relación entre su enfermedad, sus estados emocionales, sus pensamientos y conductas, relacionándolos con el abandono de tratamientos y el surgimiento y mantenimiento de las conductas asociadas a compras compulsivas.

II. Adhesión al medicamento:

- **Entrenamiento en solución de problemas:** Se facilitó la identificación de las barreras (ej. falta de dinero, trabajo para deglutir ciertas pastillas) que no permitían una adecuada adhesión a la toma de medicamentos. Se buscaron posibles soluciones a éstas y la manera de llevarlas a cabo.
- **Reestructuración cognitiva:** Se buscó la identificación de los pensamientos y creencias distorsionadas referentes a la toma de medicamentos que obstaculizaban una adecuada adhesión a éstos (ej. no pasa nada si tomo la mitad de la pastilla).
- **Control de estímulos:** Esta técnica consistió en brindar estrategias a la paciente para lograr una adecuada adherencia a la toma de medicamentos, mediante la modificación del ambiente (ej. colocar medicamentos de noche junto a la cama, recordatorios visuales).
- **Entrenamiento en asertividad:** Mediante ensayos conductuales y modelamiento se ayudó a la paciente a ganar seguridad para realizar aquellas preguntas acerca de su medicación a los médicos correspondientes.

III. *Regulación Emocional (ansiedad, depresión y enojo):*

- **Entrenamiento en relajación:** Se entrenó a la paciente en respiración diafragmática a través del modelamiento durante sesión y posteriormente se entrenó en relajación muscular progresiva. Se utilizó con el fin de disminuir las respuestas fisiológicas que acompañan a la ansiedad.
- **Reestructuración cognitiva:** En este caso se utilizó para identificar la relación entre los pensamientos, las emociones y sus conductas. Se identificaron distorsiones del pensamiento que disparaban o intensificaban estados emocionales negativos y se utilizaron técnicas para debatir y modificar estas distorsiones.
- **Entrenamiento en solución de problemas:** Esta técnica se utilizó para complementar la reestructuración cognitiva, de manera que en caso de que en el debate de creencias o pensamientos negativos se identificara que no existía una distorsión, se pudiera encontrar alguna solución a la situación problemática que estaba generando los estados emocionales negativos.
- **Activación conductual:** Se utilizó la planificación de actividades y se dio la instrucción de llevarlas a cabo a pesar del estado de ánimo del paciente, esto con

el fin de, en primer lugar romper con el círculo vicioso (pensamientos negativos-emoción negativa-inactividad-pensamientos negativos); en segundo lugar se buscó contrarrestar pensamientos negativos como “no sirvo para nada” “no puedo hacer nada” para brindar al paciente cierta sensación de autoeficacia y control. Por último con esta técnica se buscó elevar la posibilidad de obtener reforzadores positivos.

- **Técnicas conductuales de autocontrol (distracción, aplazamiento):** El objetivo fue brindar herramientas a la paciente para poder desviar la atención de emociones y pensamientos negativos en ciertas situaciones donde presentaba ansiedad. También se buscó servir como evidencia para contrarrestar la creencia de “comprar o tomar coca es lo único que me disminuye la ansiedad”.
- **Entrenamiento en auto-instrucciones:** Se identificaron las auto-verbalizaciones negativas de la paciente ante ciertas situaciones que disparaban su ansiedad (p ej. salir tarde al trabajo) y se buscó que fuera capaz de sustituirlas por verbalizaciones más funcionales
- **Entrenamiento en habilidades sociales/asertividad:** Se utilizó para facilitar la expresión emocional, así como la comunicación en situaciones estresantes como las visitas a hospitales, con el fin de disminuir la evitación de estas situaciones necesarias para su salud
- **Estrategias de Psicología positiva:** Se buscó incrementar la ocurrencia de emociones positivas mediante la bitácora de agradecimiento y la bitácora de bienestar.

IV. *Adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio:*

- **Psico-educación:** Se brindó información acerca de la importancia de una alimentación adecuada a su padecimiento, de la realización de actividad física acorde a sus posibilidades y de la relación de estos hábitos con el dolor, el estado de ánimo y los patrones de sueño.
- **Reestructuración cognitiva:** Se identificaron y debatieron creencias disfuncionales que intervinieran con la realización de actividad física y el seguimiento de patrones de alimentación saludables (p. ejemplo la Coca-Cola es lo único que me baja la ansiedad o No puedo hacer ninguna actividad física por mi artritis).

- **Resolución de problemas:** Se identificaron aquellas barreras que no permitían a la paciente seguir una dieta recomendada para sus padecimientos, así como realizar actividad física (p. ejemplo falta de tiempo o de dinero para comer saludablemente) y se buscaron alternativas de solución a estos obstáculos.
- **Entrenamiento en habilidades sociales/asertividad:** Se identificaron dudas acerca de lo que podía y no podía hacer/comer debido a su condición y se realizaron ensayos conductuales para poder formular estas preguntas a los especialistas correspondientes.

V. Comunicación asertiva:

Si bien se utilizó el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad a lo largo de todo el tratamiento, se dedicó un módulo especial al entrenamiento en comunicación asertiva, donde se enseñaron los derechos asertivos, la diferencia entre el comportamiento pasivo, el asertivo y el agresivo, se enseñaron técnicas asertivas generales para poder ser aplicadas ante distintas situaciones, y se realizaron ensayos conductuales de diversas situaciones hipotéticas en distintos escenarios (enfocados a la reinserción de la paciente a los ámbitos hospitalarios).

VI. Prevención de recaídas:

Se revisaron las metas alcanzadas durante el tratamiento, se exploraron y aclararon dudas acerca de las técnicas y se identificaron situación de alto riesgo de recaída, explicando que en caso de recaer en alguna conducta de alto riesgo, esto no significaba un grave error por parte de la paciente, sino una manera de aprendizaje y de adquirir habilidades.

Etapa de Seguimiento.

Durante la sesión de cierre de tratamiento se entregó a la paciente cuatro bitácoras de alimentación y cuatro bitácoras de toma de medicamentos en blanco para ser llenadas durante las siguientes cuatro semanas y fueron entregadas ya completadas durante el seguimiento cuatro semanas después, donde se aplicaron las evaluaciones post tratamiento. A los 12 meses de concluido el tratamiento se llevó a cabo otra sesión de seguimiento donde se realizaron las pruebas de evaluación nuevamente.

Tabla 5. Descripción de Módulos que componen la intervención diseñada acorde con las necesidades de la paciente.

MÓDULO	OBJETIVO DEL MÓDULO	TÉCNICAS
Psico-educación	Que la paciente logre identificar la relación entre su enfermedad, sus estados emocionales, sus pensamientos y conductas, relacionándolos con el abandono de tratamientos y el surgimiento y mantenimiento de las conductas asociadas a compras compulsivas.	
Adherencia a medicamentos	Brindar herramientas que permitan una adecuada toma de medicamentos.	<input type="checkbox"/> Entrenamiento en solución de problemas <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva <input type="checkbox"/> Control de estímulos <input type="checkbox"/> Entrenamiento en asertividad
Regulación emocional	Enseñar estrategias de regulación emocional que le permitan el adecuado afrontamiento de situaciones estresantes relacionadas con su enfermedad y con las conductas relacionadas a las compras compulsivas.	<input type="checkbox"/> Entrenamiento en relajación <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva <input type="checkbox"/> Entrenamiento en solución de problemas <input type="checkbox"/> Activación conductual <input type="checkbox"/> Técnicas conductuales de autocontrol (distracción, aplazamiento) <input type="checkbox"/> Entrenamiento en auto-instrucciones <input type="checkbox"/> Entrenamiento en habilidades sociales/asertividad <input type="checkbox"/> Estrategias de Psicología positiva
Adherencia a régimen alimenticio y actividad física	Identificar y reconocer la importancia de estas conductas para el bienestar y salud de la paciente, tanto física como emocionalmente. Facilitar que se cumpla con estas conductas saludables a través de diversas estrategias	<input type="checkbox"/> Psico-educación <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva <input type="checkbox"/> Resolución de problemas <input type="checkbox"/> Entrenamiento en habilidades sociales/asertividad
Comunicación asertiva	Brindar herramientas que le permitan a la paciente desenvolverse con mayor seguridad en distintos escenarios.	<input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva <input type="checkbox"/> Modelamiento <input type="checkbox"/> Ensayos conductuales

	Facilitar la reinserción de la usuaria al ámbito hospitalario y tratar de prevenir su futuro abandono por falta de habilidades de comunicación en éste medio.	
Prevención de recaídas		<input type="checkbox"/> Resolución de Problemas

Resultados Obtenidos

Al término del tratamiento la paciente había presentado los siguientes resultados:

- Terminó de pagar 3 tarjetas de crédito, le queda pendiente únicamente una, la cuál está por liquidar.
- No recurre más a las compras compulsivas
- Incrementó su adherencia a toma de medicamentos
- Mejoró su adherencia a régimen alimenticio. Actualmente la paciente acude regularmente, a las citas indicadas, con una nutrióloga con conocimientos acerca de la alimentación en personas con LES.
- Realiza actividad física diario (p. ej. camina 20 minutos mientras pasea a su perra todos los días) y llevó a cabo modificaciones a sus hábitos cotidianos, por ejemplo, procura caminar más distancias cortas en lugar de tomar transporte público, utiliza las escalares en el metro, etc. (cuando se dirige al trabajo por lo menos dos veces a la semana).
- Se reincorporó a las instituciones hospitalarias. Al momento del alta, la paciente se atiende en Cardiología, Médica Sur (protocolo de investigación) y asiste a rehabilitación en el INR.
- Desarrolló habilidades de comunicación con médicos y demás personal hospitalario, resultando en la disminución de los niveles de ansiedad y catastrofismo cuando acude al hospital
- La paciente ha iniciado búsqueda de programas de apoyo financiero para tratamientos, consiguiendo el apoyo para médica sur.
- La usuaria incrementó sus habilidades de organización de tiempo.
- Incrementó sus habilidades de autocuidado, por ejemplo, lleva registro diario de presión arterial, inició tratamiento odontológico, come alimentos preparados en casa.

- Disminuyeron los sentimientos y pensamientos de culpa debido a las compras y a su enfermedad.
- Disminuyeron las creencias disfuncionales respecto a su enfermedad y su persona.

Durante todo el tratamiento se llevaron registros de alimentación (Figura 9) donde se contabilizó el consumo de alimentos no permitidos de acuerdo con las recomendaciones hechas por la nutrióloga de la paciente, así como el consumo de frutas y verduras, ya que su incremento fue una recomendación más.

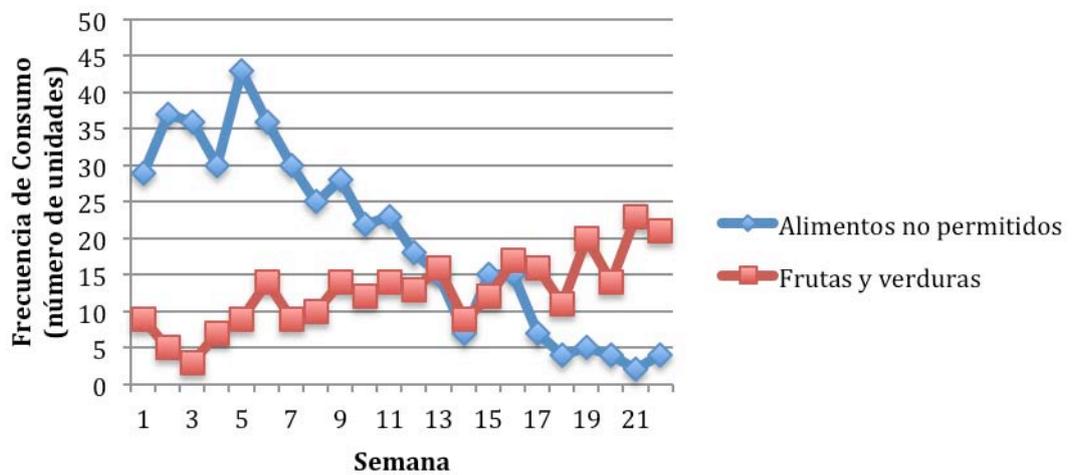


Figura 9. Resultados de las bitácoras de alimentación.

Durante la intervención se llevó un registro de adherencia a la toma de medicamentos. En este también se observaron mejoras importantes (Figura 10).

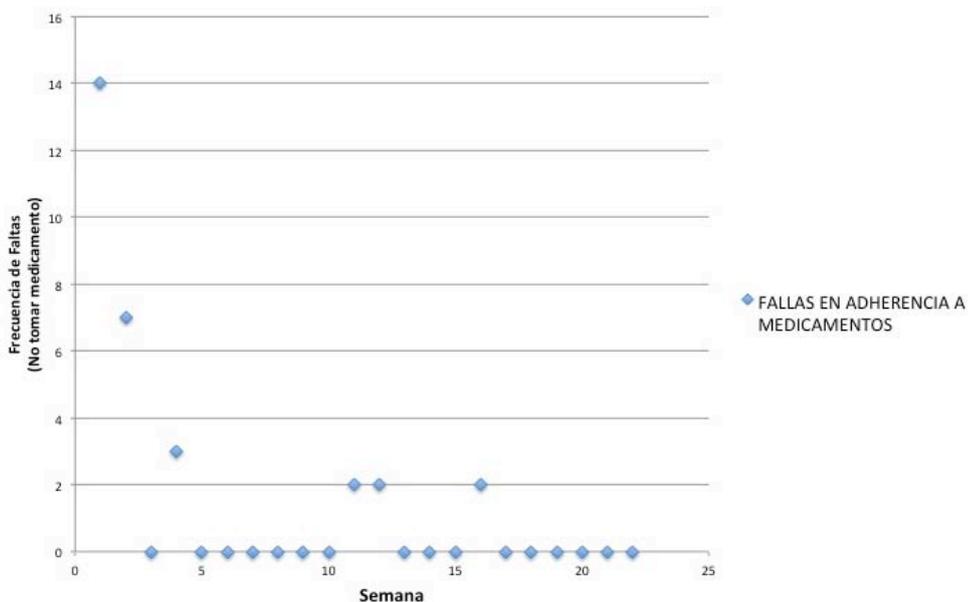


Figura 10. Resultados de las bitácoras de adherencia a medicamentos.

Por último, se llevó a cabo un registro de actividad física programada durante cuatro semanas del tratamiento (Figura 11), iniciando cuando se trabajó el módulo de adherencia a la actividad física.

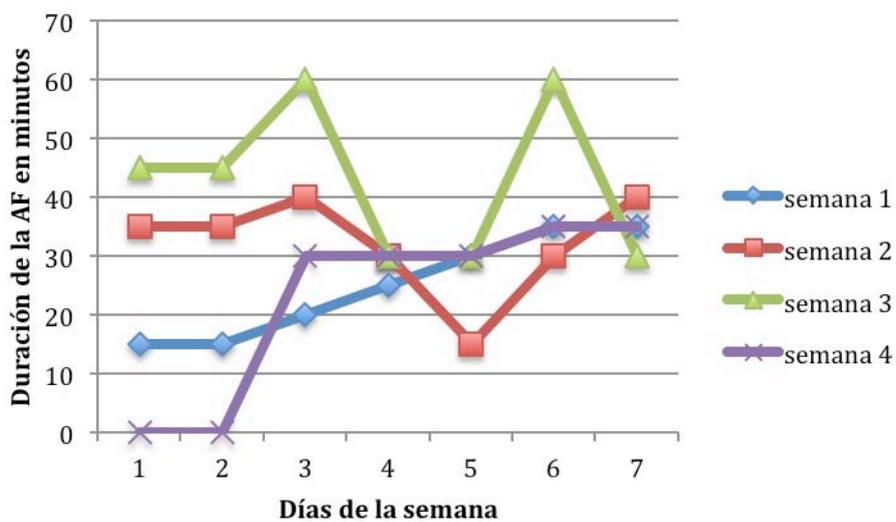


Figura 11. Resultados Bitácora semanal de actividad física.

Tabla 6. Resultados de evaluaciones pre, post tratamiento y seguimiento a 12 meses.

INSTRUMENTO		EVALUACIÓN PRE TRATAMIENTO	EVALUACIÓN POST TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO (12 MESES)
Inventario de Depresión de Beck		37 Severo	5 Mínimo	15 leve
Inventario de Ansiedad de Beck		31 Severo	7 Leve	11 leve
Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref)	Calidad de vida	2 (Pobre)	4 (Buena)	4 (buena)
	Satisfacción con la salud	2 (Insatisfecha)	3 (Ni satisfecha ni insatisfecha)	2 (Insatisfecho)
	Factor físico	31 %	63 %	44 %
	Factor Psicológico	19 %	81 %	56 %
	Factor Relaciones Sociales	31 %	81 %	81 %
	Factor Ambiente	13 %	56 %	56 %

Se observa disminución de la sintomatología ansiosa (Figura 13) que se mantiene durante el seguimiento a 12 meses. En cuanto a los niveles depresión (Figura 12), se observa una disminución en la evaluación post, y un leve incremento en el seguimiento a 12 meses, sin embargo, siguen manteniéndose niveles mas bajos que los obtenidos en la evaluación pre-tratamiento. Es importante comentar que durante la entrevista de seguimiento a 12 meses, la paciente refirió un aumento en estado de ánimo depresivo posterior a un periodo largo de hospitalización debido a una infección en la pierna.

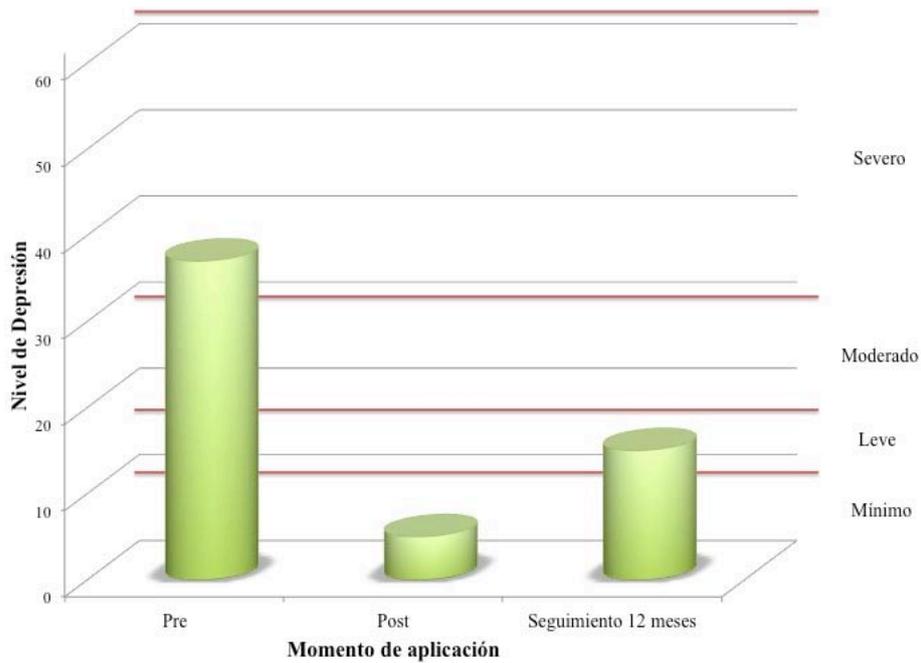


Figura 12. Calificación Inventario de Depresión de Beck, aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

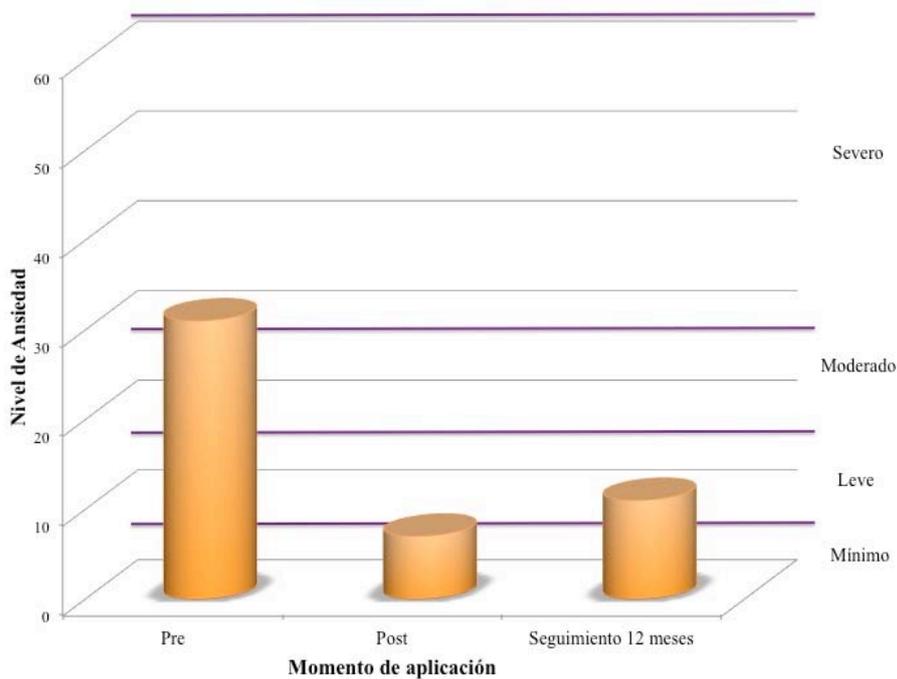


Figura 13. Calificación Inventario de Ansiedad de Beck, aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

Respecto a la Calidad de Vida, en las puntuación general (Figura 14) de Calidad de vida se observa un incremento durante la evaluación post-tratamiento que se mantiene

durante el seguimiento a 12 meses. La valoración del nivel de satisfacción con la salud, se observa un incremento en la evaluación post-tratamiento, sin embargo, vuelve a disminuir al nivel inicial (pre-tratamiento) durante el seguimiento a 12 meses. En los cuatro factores medidos (Figura 15) se presenta incremento en la evaluación post-tratamiento, sin embargo, el nivel de incremento se mantiene a los 12 meses únicamente en los factores de relaciones sociales y ambiente. En cuanto al factor físico y el factor psicológico, se observa una disminución en el seguimiento a 12 meses respecto a la evaluación post, sin embargo, los puntajes siguen siendo superiores que antes del tratamiento.

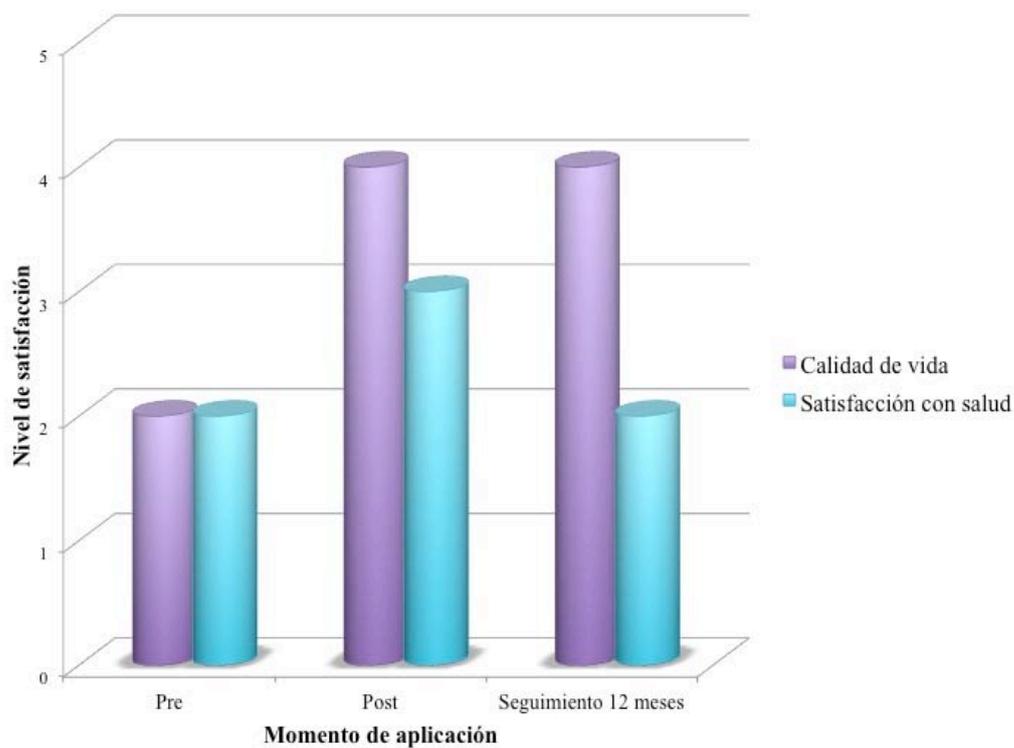


Figura 14. Calificación de puntajes Calidad de vida y satisfacción con salud del Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref), aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

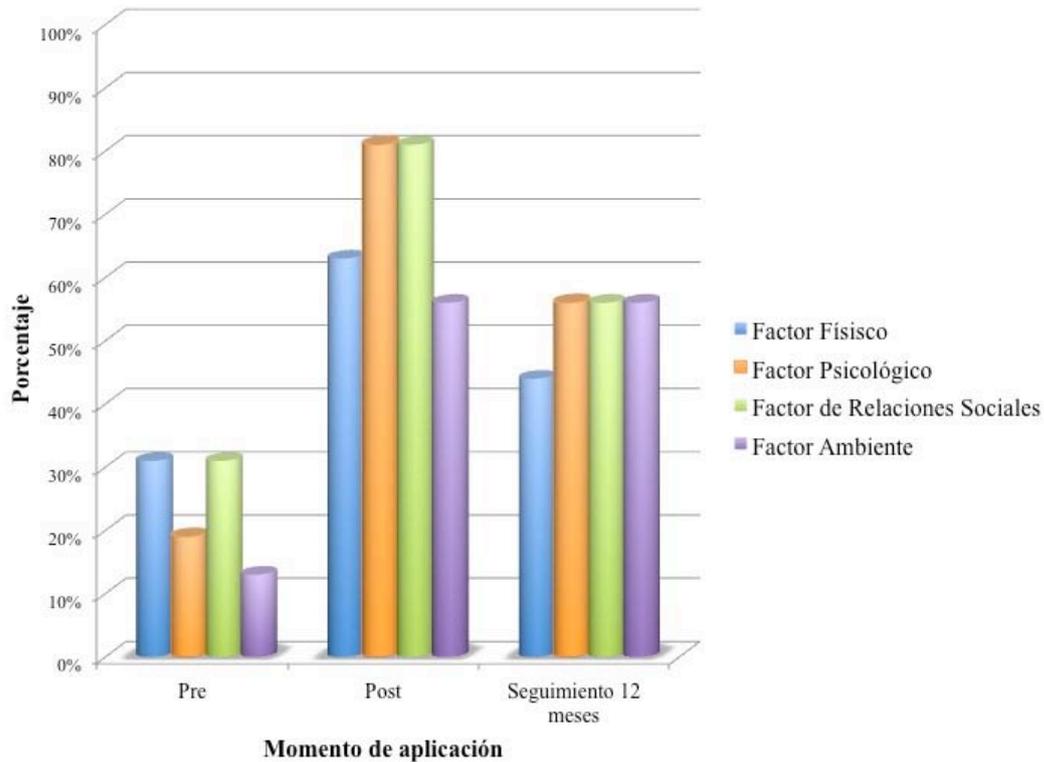


Figura 15. Calificación por factores del Inventario de Calidad de Vida en su versión breve en español (Whoqol-bref), aplicaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

DISCUSIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad crónica, inflamatoria, autoinmune que afecta distintos órganos y sistemas del cuerpo. Al tener la capacidad de atacar cualquier tejido del cuerpo, usualmente cursa con numerosas comorbilidades. Entre las más comunes se han reportado la hipertensión, depresión, cataratas, problemas en pulmones, en la vesícula, osteoporosis, osteonecrosis, desórdenes endócrinos y complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares (Úcar-Angulo y Rivera-García, 2008; Wolfe, Michaud, Li y Katz, 2010).

El diagnóstico de LES, como el de otras enfermedades crónicas, representa para la persona enfrentarse a la necesidad de modificar de manera importante su estilo de vida y sus hábitos cotidianos. En muchos casos se ven afectadas las funciones del paciente, lo que a su vez representará modificación de sus actividades diarias, de la relación con sus familiares y conocidos y de su situación laboral entre otras cosas. Esto conlleva una

serie de emociones negativas como la ansiedad, el enojo, la depresión y la frustración. Todo esto representa un impacto en la calidad de vida del paciente por lo que es de suma importancia que se puedan realizar intervenciones dirigidas a trabajar con estos factores. Karlson et al (1997), encontraron que la actividad de la enfermedad y el estado de salud general de las personas con LES se encuentran asociadas con factores psicosociales modificables como la auto-eficacia y el adecuado manejo de la enfermedad. En el caso particular del LES, el aprender a manejar el estrés adecuadamente es de suma importancia para los pacientes. Esto se debe a que si se ha probado en diversos estudios que el estrés cotidiano es uno de los factores ambientales que pueden provocar el empeoramiento de algunos síntomas de la enfermedad (Peralta Ramírez et al, 2009).

Una de las principales tareas del especialista en Medicina Conductual, es precisamente desarrollar estrategias que permitan a los pacientes ajustarse de la mejor manera posible a los retos que enfrentan en el proceso de enfermedad, propiciar estrategias funcionales de afrontamiento, un adecuado manejo del estrés, procurar una adecuada adhesión a los tratamientos médicos, las citas de revisión, la promoción de un estilo de vida saludable que incluya una buena adherencia a las indicaciones dietéticas y de actividad física.

De acuerdo con García González et al. (2008), la adherencia al tratamiento es un componente crucial para el manejo de las ECNT, siendo la falta de adhesión un factor directamente asociado con pobres resultados de los tratamientos. Los pacientes con LES y con AR reportan tener problemas con la adherencia a sus tratamientos. De acuerdo con estos autores, se ha encontrado en algunos estudios que la adherencia terapéutica en pacientes con AR varía entre un 30 y un 78% mientras que menos de un tercio de los pacientes con LES reportó nunca tener faltas en su toma de medicamentos.

En el caso particular de la paciente, al cursar con diversos diagnósticos de enfermedades crónicas, ella se ve en la necesidad de cumplir con un plan de tratamiento complejo, el cual implica tomar numerosos medicamentos diarios, así como asistir a distintos especialistas, llegando a tener varias citas por mes. Todo esto representa a su vez un importante gasto económico y el tener que planear sus actividades de forma que pueda

asistir a sus citas. Es importante recordar que la paciente funge también como cuidadora primaria de su madre, a quien debe acompañar a sus propias citas médicas.

Respecto a la adhesión a toma de medicamentos, gracias a la bitácora de medicamentos se detectó que la paciente tenía fallas en ésta debido a distintas razones: olvido de los medicamentos en su hogar cuando asistía a trabajar, algunos medicamentos son muy costosos por lo que no los podía comprar o decidía tomarlos cada tercer día en lugar de como estaba indicados para “ahorrar” y finalmente, con el calcio, se detectó que a veces no lo tomaba porque le resultaba difícil deglutir la pastilla, la cuál refería que estaba muy grande. Se trabajó con solución de problemas para detectar las posibles alternativas de solución a estas barreras. Posteriormente se trabajó con entrenamiento en habilidades sociales a través del modelamiento y ensayos durante sesión de manera que la paciente adquirió tanto la seguridad como la habilidad para comunicar las dudas e inquietudes a sus médicos respecto a los medicamentos, en lugar de tomar decisiones no informadas que pudieran interferir con los resultados de tratamiento.

En cuanto a la reincorporación de la paciente al ámbito hospitalario, se buscó que se atendiera nuevamente con los distintos especialistas que necesita. Era de suma importancia que regresara a los hospitales entre otras cosas, debido a que desde que dejó de asistir a ellos, la paciente no se había podido realizar estudios de extensión para el control de su enfermedad. Debido a que ya había pasado tiempo desde la última asistencia a sus citas en los distintos servicios en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, así como desde la última vez que asistió al Instituto Nacional de Rehabilitación, el primer paso fue que la paciente renovara sus carnets y programara sus citas. Una vez que se consiguió esto se trabajó con reestructuración cognitiva para identificar y modificar las creencias disfuncionales acerca de su salud, de los médicos y de los tratamientos que surgían generalmente al asistir al hospital ocasionando ansiedad y depresión (p.ej. “Los doctores no me creen y siempre me regañan” “veo otros pacientes y pienso que pronto voy a estar igual que ellos, me hace sentir más enferma”) lo que finalmente llevó a la paciente a dejar de asistir a sus citas en el pasado. Se trabajó con entrenamiento en comunicación asertiva dirigida a incrementar la seguridad y habilidad de la paciente para desenvolverse con el personal médico, administrativo y con el resto de los pacientes.

Al inicio de la intervención psicológica, la paciente tenía deudas en cuatro tarjetas de crédito. Comenzó con un programa de pagos donde se le pidió que las cortara y únicamente manejara efectivo. Se trabajó con resolución de problemas para encontrar la manera en que la paciente pudiera realizar sus pagos cada 15 días. Al término del tratamiento, quedaron liquidadas tres tarjetas de crédito y la cuarta estaba a dos pagos de terminar la deuda. Se trabajó con reestructuración cognitiva para identificar y modificar las creencias irracionales referentes a las compras, y al significado que le daba a las tarjetas (p. ej. “Las tarjetas de crédito me hacen válida” “Si no puedo comprar todo lo que quiero, no sirvo para nada” “Comprar y comer es lo único que me relaja”). Se logró también que la paciente fuera capaz de analizar los pros y contras de realizar algunas compras innecesarias, considerando no únicamente los beneficios inmediatos, sino también a mediano y largo plazo. Para el manejo de la sintomatología ansiosa se utilizaron distintas técnicas, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. En situaciones específicas se utilizó la distracción y el aplazamiento, lo que permitió a la paciente darse cuenta de lo inválido de su creencia acerca de comprar y comer o beber Coca-Cola era lo único que la relajaba. En cuanto a la sintomatología depresiva, se utilizó la activación conductual y estrategias de psicología positiva para incrementar la posibilidad de obtener reforzadores positivos que potenciaran emociones saludables.

Es fundamental que los pacientes que sufren de alguna enfermedad crónica comprendan la importancia de acudir con el personal de salud adecuado que pueda asesorarlos acerca de los requerimientos nutricionales propios para su condición. Es por esto que el especialista en Medicina Conductual debe procurar que los pacientes comprendan la importancia de una adecuada alimentación, así como proporcionar herramientas o facilitar el desarrollo de habilidades que permitan tener una buena adhesión a las recomendaciones alimenticias realizadas por el especialista en éste tema.

En muchas ocasiones, las creencias populares acerca de las enfermedades llevan a los pacientes a adoptar medidas nutricionales que más que ayudar pueden perjudicarlos, o la falta de conocimiento no les permiten tomar las decisiones adecuadas en cuanto a alimentación se refiere. Es de suma importancia detectar todas aquellas barreras cognitivas, emocionales y ambientales que no permitan a los pacientes cumplir con las

recomendaciones dietéticas, de manera que se pueda poner solución a dichas circunstancias.

En el caso de la paciente, quien cursa con distintos diagnósticos, era muy importante que acudiera con un especialista que conociera bien su caso y estuviera al tanto de sus comorbilidades y comprendiera los requerimientos nutricionales específicos para ella. Por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide (AR), se ha visto que algunos medicamentos utilizados para controlar los síntomas tienen efectos sobre los nutrientes de dos maneras, ya sea incrementando la necesidad de algunos de ellos o reduciendo su reabsorción. Es por esto que distintos estudios han sugerido que la dieta juega un papel muy importante en el manejo de la AR, en particular para mejorar los síntomas de la enfermedad y reducir el riesgo de posibles complicaciones (Rennie, Hughes, Lang y Jebb, 2003).

Por otra parte, numerosos estudios han visto que la ingesta de alimentos, a través de la composición de la dieta influye en los niveles de tensión arterial. Se ha logrado demostrar relación de ciertos nutrientes con el control de la presión arterial, entre éstos se encuentran el sodio, el potasio, el magnesio, los lípidos y la energía total ingerida (de Luis Román, Aller y Bustamante Bustamante 2008).

En el caso presentado en particular, la usuaria no seguía una dieta balanceada, consumía una gran cantidad de cafeína, refrescos azucarados, grasas y harinas, sobre todo pan dulce. Al mismo tiempo tenía un bajo consumo de frutas y verduras. Entre los cambios más importantes que se encontraron dentro de este apartado fue la disminución de consumo de Coca-Cola, de pan dulce y el cambio de consumo de café regular y té cafeinado por café y té descafeinados. De igual forma se observa un importante incremento en el consumo de frutas y verduras, resultando también en la disminución de ingesta de comida chatarra.

Igual que la buena alimentación, la actividad física tiene efectos tanto preventivos como terapéuticos para diversas enfermedades. Se encuentra documentado que el ejercicio físico aeróbico es una parte fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (Hall, 2009). De acuerdo con la OMS (2004), la

falta de actividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). De igual manera, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

En el caso particular de la paciente, la actividad física es de suma importancia debido al riesgo aumentado que tiene de sufrir complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares, así como por la osteoporosis. Por ejemplo, se ha encontrado que una reducida actividad física contribuye a la pérdida de masa ósea en pacientes con AR (Martin, 1998).

Se trabajó con reestructuración cognitiva para identificar y modificar los pensamientos disfuncionales respecto a su capacidad de realizar actividad física, ya que debido a la sintomatología propia de la artritis por ejemplo, la paciente se consideraba “inútil” e “incapaz de hacer ejercicio”. Se trabajó en la modificación de comportamientos cotidianos por ejemplo, utilizar las escaleras en lugar de elevadores o escaleras eléctricas, el caminar distancias cortas en lugar de tomar transporte público en cada ocasión, y en actividad física que ella pudiera realizar, por ejemplo salir a caminar con su perra todos los días.

Finalmente se dedicó un módulo completo al entrenamiento en comunicación asertiva, donde se trabajó con distintos escenarios. Se buscó favorecer la comunicación con sus familiares, que adquiriera herramientas para desenvolverse con mayor seguridad por ejemplo en el transporte público, cuestión que le generaba ansiedad y enojo, en el hospital, con otros pacientes, con los clientes de la tienda donde labora, etc.

Es importante mencionar que una de las limitaciones de esta intervención fue que a pesar de que se realizaron mediciones de algunos aspectos importantes como la adherencia a medicamentos y a la dieta a lo largo de todo el tratamiento, algunas otras conductas no fueron registradas más que por cortos periodos de tiempo, por ejemplo la actividad física.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

SERVICIO DE TUMORES ÓSEOS

TUMORES ÓSEOS

Los tumores óseos son aquellos que se originan de cualquier célula que constituye los tejidos del hueso, por ejemplo, condroblástico, osteoblástico, fibroblástico, mielorrreticular, nervioso, vascular, etc. (Discapacinet-INR). Estos pueden ser de origen primario, lesiones pseudotumorales o metástasis al sistema músculo-esquelético.

Las neoplasias primarias del esqueleto se encuentran entre los menos frecuentes representando el 2% del total de las neoplasias en el cuerpo humano (Fletcher, Unni y Mertens, 2002). Por ejemplo, se calcula que en EUA se registran 1,500 nuevos casos por año, mientras que son reportados 93,000 nuevos casos de carcinoma de pulmón y 88,000 de mama (Álvarez y García, 2004). Los sitios anatómicos más afectados son la parte distal del fémur y proximal de la tibia (70%) generalmente quedando afectada la rodilla. La estirpe oncológica más frecuente es el osteosarcoma, seguido del condrosarcoma y el sarcoma de Ewing (Mendoza Martínez, Coutiño León, Medina Salas y Mora Magaña, 2001).

De acuerdo con el Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI) en México, del total de egresos hospitalarios por tumores durante 2010, 56% se debieron a tumores malignos en el caso de la población adulta (mayores de 20 años) y en el caso de la población infantil y juvenil (menores de 20 años), fue de 71.8% y 53.4%, respectivamente (INEGI, 2013). Respecto a los tumores óseos, de acuerdo con el Registro Nacional de Tumores Óseos, el 75% de los tumores primitivos malignos fueron diagnosticados antes de los 30 años de edad, mientras que en el caso de los tumores benignos la cifra aumenta a 80%. Sin embargo se deben tener algunas consideraciones con esta información, ya que en el caso de los tumores malignos se presenta una tendencia a aumentar la frecuencia a partir de la quinta y sexta décadas de vida debido a que los condrosarcomas y el mieloma suelen aparecer en décadas posteriores. Por otra parte, se estima que dada la poca sintomatología y lenta evolución

de la mayoría de las lesiones benignas, se considera que gran porcentaje de estas lesiones diagnosticadas en mayores de 30 años en realidad tuvieron su origen muchos años atrás (Discapacinet-INR).

Si bien en la población adulta, los tumores óseos no se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad hospitalaria, sí lo representan en la población infantil y juvenil.

Del total de egresos por tumores malignos reportados en la población menor de 20 años, el 6.3% fue a causa de tumores en hueso y de los cartílagos articulares, siendo la segunda causa de morbilidad hospitalaria de cáncer entre las mujeres de esta población (7 de cada 100 niñas y jóvenes).

Por grupo de edad y sexo, la morbilidad hospitalaria por cáncer de hueso y de los cartílagos articulares ocupa la segunda causa en las adolescentes entre 10 y 14 años (10 de cada 100 mil) y el tercer lugar entre la población joven de 15 a 19 años tanto para hombres como mujeres (8 y 5 de cada 100 mil respectivamente) (INEGI, 2013).

Del total de defunciones de la población menor de 20 años por tumores malignos en 2011, el tercer lugar se debió a cáncer en hueso y cartílago articular representando el 7.2%. La tasa de mortalidad observada para los tumores malignos en hueso y de los cartílagos articulares presenta un incremento conforme avanza la edad tanto en varones como en mujeres (INEGI, 2013).

Clasificación

A pesar de ser poco frecuentes, los grupos y variantes histológicas de los tumores óseos son muy numerosos (Estrada Villaseñor, Delgado Cedillo y Rico Martínez, 2008). A continuación se presenta un cuadro con la clasificación que realiza la OMS de los tumores óseos y lesiones pseudotumorales (Figura 16).

1. Tumores formadores de tejido óseo		2. Tumores formadores de cartílago	
A) Benignos	B) Malignos	A) Benignos	B) Malignos
- Osteoma - Osteoma osteoide - Osteoblastoma	- Osteosarcoma	- Condroma - Osteocondroma - Condrioblastoma - Fibroma condromixioide	- Condrosarcoma - Condrioblastoma Maligno
3. Tumores de Células Gigantes (Osteoclastoma)			
4. Tumores formadores de médula ósea (malignos todos)		5. Tumores Vasculares	
- Sarcoma de Ewing - Reticulosarcoma óseo - Linfosarcoma óseo - Mieloma múltiple		A) Benignos	B) Intermedios
		C) Malignos	
		- Hemangioma - Linfangioma - Tumor glómico	- Hemangioendotelioma - Hemangioepericitoma - Angiosarcoma - Hemangio-pericitoma maligno
6. Otros tumores del tejido conectivo		7. Otros tumores	
A) Benignos	B) Malignos	A) Benignos	B) Malignos
- Fibroma desmoide - Lipoma - Histiocitoma fibroso benigno	- Fibrosarcoma - Liposarcoma - Mesenquimoma maligno - Sarcoma indiferenciado - Histiocitoma fibroso maligno - Leiomiomasarcoma	- Neurilenoma (Schwannoma) - Neurofibroma	- Cordoma - Adamantinoma de huesos largos
8. Tumores no clasificados			
9. Lesiones Pseudotumorales:			
- Quiste óseo solitario - Quiste óseo aneurismático - Quiste óseo yuxtaarticular - Defecto fibroso cortical - Fibroma no osificante - Granuloma eosinófilo - Displasia fibrosa - Miositis osificante - Tumores pardos del hiperparatiroidismo - Quiste epidermoide intraóseo			

Figura 16. Clasificación de los tumores óseos y lesiones pseudotumorales de acuerdo con la OMS.

Fuente: Adaptado de Tecualt-Gómez, R., Moreno-Hoyos, L. F. y Amaya-Zepeda, R. A. (2008). Clasificación de los tumores óseos. *Mediagraphic Artemisa* 4(2), 96-102.

Sintomatología

Los tres signos y síntomas más frecuentes en un tumor óseo y que representan las principales causas de consulta médica son el dolor, el aumento de volumen y la disminución o pérdida de la función. Un problema que se encuentra con esto, es que estos signos y síntomas son inespecíficos y pueden corresponder a muchas otras lesiones óseas o articulares (Discapacinet-INR). Esta situación muchas veces ocasiona que cuando un paciente presenta esta sintomatología debido a la presencia de un tumor, las causas sean atribuidas a otros padecimientos. Debido a que los tumores óseos son poco frecuentes y son de difícil diagnóstico, sobretodo cuando el equipo médico no está lo suficientemente familiarizado con este tipo de patología, los pacientes en muchas ocasiones llegan con mucho tiempo de evolución o con un mal manejo previo de la lesión lo que representa que el tumor evolucione fuera de un adecuado control terapéutico (Sánchez Torres y Santos Hernández, 2012). Otro factores propios del paciente, por ejemplo la negligencia, la negación, la falta de recursos económicos u otros factores como el limitado acceso a servicios de salud cerca de sus lugares de origen, también contribuyen a la gran cantidad de tumores óseo que son diagnosticados tardíamente (Discapacinet-INR). Debido a la falta de la detección temprana de las neoplasias óseas en la población mexicana, es común que los pacientes sean atendidos una vez que el tumor es de gran tamaño (Araujo et al, 2010). Esto va a ser un factor determinante en la elección del tratamiento.

Diagnóstico

De acuerdo con Sánchez Torres y Santos Hernández (2012), los pilares del estudio y diagnóstico de cualquier tumor óseo son la valoración clínica del paciente y los estudios radiológicos convencionales de la lesión. De acuerdo con estos autores, estos dos recursos y el resto de los estudios complementarios brindarán al patólogo las herramientas necesarias para poder emitir un diagnóstico correcto.

En el Servicio de Tumores Óseos del INR, el protocolo de estudio que se sigue una vez que se recibe a un paciente está constituido por una extensa valoración clínica, estudios radiológicos de la lesión y serie ósea (rayos x de todo el esqueleto), estudios de laboratorio, tomografía axial computarizada de la lesión y en algunos casos se solicita una tomografía de tórax en busca de posibles metástasis, resonancia magnética,

gammagrafía ósea (estudio de medicina nuclear), para finalmente realizar la biopsia.

Tratamiento

El tratamiento de los tumores óseos y de partes blandas varía y depende de distintos factores como el tipo de tumor, su tiempo de evolución, tamaño de la lesión, extensión de la enfermedad, localización, entre otros. Los métodos de tratamiento son quimioterapia neo y/o adyuvante, cirugía radical o conservadora y reconstrucción, o sólo cirugía según sea el caso (Rico, Linares, Díaz y de la Garza, 1996).

Los tratamientos tienen como objetivos principales eliminar la neoplasia y lograr la funcionalidad máxima de la extremidad, procurando la continuidad y resistencia ósea (Rico Martínez, Linares González, Cervantes y Delgado Cedillo, 2001).

De acuerdo con Cortés Rodríguez, Frías Austria, López Sosa y Félix Acevedo (1995) en el pasado la cirugía radical, la cual consiste en amputación o desarticulación, era la alternativa de tratamiento más común para los tumores agresivos localizados en las extremidades. Actualmente se han logrado grandes avances en los tratamientos de las neoplasias gracias a diversos factores como la introducción de la quimioterapia, el mejor entendimiento de la biología tumoral, el desarrollo de mejores técnicas de diagnóstico y estudios de extensión. Esto permite que en muchos casos, las cirugías de salvamento sean una opción viable para el tratamiento de los tumores del sistema musculo-esquelético que permiten conservar la extremidad (Cortés et al., 1995; Moreno Hoyos et al., 2002). Sin embargo, en muchas ocasiones la pérdida de segmentos de hueso es tan extensa que no permiten la función de la extremidad, o el compromiso vascular o muscular de la zona es tal, que es necesario llevar a cabo un tratamiento radical.

Actualmente, para lograr una continuidad ósea reparando la pérdida de defectos óseos, existen diversos procedimientos, cada uno con sus pros y contras. Entre estos métodos se encuentran los homoinjertos, aloinjertos, heteroinjertos, injertos vascularizados, implantes metálicos, prótesis especiales o prótesis segmentarias. Es importante remarcar que ningún método está libre de complicaciones y problemas como el rechazo del material, las infecciones, la ruptura del implante, etc. (Rico et al., 2001).

Aspectos Emocionales

El cáncer es una de las enfermedades más temidas debido en gran parte a que la mayoría de las personas ha conocido o ha escuchado acerca de alguien que haya padecido esta enfermedad. Es también común que se le asocie con una muerte inminente, dolorosa y a corto plazo, aunque no siempre sea el caso (Ehrenzweig Sánchez, 2007; Moorey y Greer, 2002). Además de tener que lidiar con la amenaza real de muerte, la pérdida de la salud y en muchas ocasiones de la función o partes del cuerpo, los enfermos de cáncer se ven confrontados con creencias populares acerca del origen de esta enfermedad por ejemplo “el cáncer es una prueba o castigo para alguien que ha violado una norma social o ha pecado” (Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999). Es precisamente por todo esto que resulta de suma importancia que el personal de salud proporcione la información necesaria acerca del padecimiento específico del paciente, así como de los tratamientos y efectos secundarios de los mismos, aclarando las dudas que surjan por parte de los usuarios. El especialista en Medicina Conductual debe también detectar creencias disfuncionales o poco realistas de los pacientes acerca de su enfermedad, para poder trabajar con ellas, de manera que no generen mayor estrés o representen un obstáculo para un adecuado manejo de la enfermedad.

Se han descrito distintos factores que pueden contribuir de manera positiva o negativa (como factores protectores o de riesgo) a la manera en que el paciente responde, acepta y maneja la enfermedad, logrando o no un adecuado afrontamiento de la misma, adhesión a los tratamientos y adopción de conductas saludables. Entre estos factores se encuentran las creencias (Ehrenzweig Sánchez, 2007), las experiencias pasadas, las condiciones actuales y las expectativas para el futuro (Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999) y el manejo de las emociones (Fernández Rodríguez, Bejar Pichardo y Campos Quintanilla, 2012).

El diagnóstico de cáncer es considerado un evento vital estresante que tiene un impacto psicológico importante tanto en el paciente como en su familia, ya que implica la modificación de la forma de vida tanto individual como familiar (Cortés Rodríguez et al., 2010). A partir de ese momento, el paciente tendrá que asistir a diversas citas médicas, chequeos, seguimientos, pruebas y estudios y en muchas ocasiones, los tratamientos requieren de hospitalizaciones a veces prolongadas. El cáncer no

representa una amenaza únicamente durante el diagnóstico; es una enfermedad que por su naturaleza y progreso natural, representa un proceso de cambios continuos que requieren de diversas estrategias de afrontamiento y adaptación (Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999).

Cuando se da un diagnóstico de cáncer, el paciente frecuentemente experimenta negación y un sentimiento de adormecimiento, el cuál es seguido por sentimientos de ansiedad, impotencia, miedo, ira y depresión. Esto puede llevar a pensamientos pesimistas, negativos, generar inseguridad e incluso desesperanza (Moorey y Greer, 2002; Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999). Se han descrito alteraciones psicológicas entre el 25% y 50% de los pacientes con cáncer, siendo la depresión, caracterizada por un estado de indefensión y/o desesperanza, el estado psicológico más asociado con el cáncer (Fernández Rodríguez et al., 2012; Álvarez Gómez, González Pulido y López Roldán, 2010). Sin embargo, igual que en otras situaciones, el diagnóstico de cáncer no genera el mismo impacto en todas las personas, esto va a depender de distintos factores como son las creencias, los recursos de la persona, el apoyo familiar y social, entre otros (Cano Vindel, 2005). Lo que es cierto es que el proceso más común se presenta de la siguiente manera: Si el paciente llega a valorar la situación como amenazante se genera una respuesta de ansiedad; a medida que el paciente perciba sus recursos como insuficientes o limitados para poder hacer frente a esta amenaza, se incrementa el nivel de ansiedad; si la situación es valorada como una pérdida, se producen sentimientos de tristeza que pueden llegar a desencadenar depresión (Cano Vindel, 2005; Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999).

De acuerdo con Ehrenzweig Sánchez (2007), se pueden esperar distintas reacciones emocionales de los pacientes dependiendo de la parte del cuerpo afectada por el tumor así como de los tratamientos a seguir. Generalmente los tumores óseos implican mal pronóstico en su evolución natural y requieren tratamientos quirúrgicos y oncológicos muy agresivos que afectan significativamente tanto la función como la imagen corporal de quien los padece. Estos tratamientos conllevan incapacidad temporal debido a largos periodos de hospitalización y de consolidación o a los efectos secundarios de los mismos (en el caso de las quimioterapias y radioterapias); requieren modificaciones del estilo de vida (p. ej. evitar actividades con excesiva carga de impacto, adaptar nuevos

medios de transporte), se pueden presentar complicaciones de pérdida de movimiento o función del miembro, llegando incluso a la discapacidad permanente y generalmente requieren de complejos planes de rehabilitación (Smorti, 2012). Se han descrito sentimientos como el temor y la vergüenza asociados a los cambios en la apariencia física y la pérdida de la función los cuales representan una fuente importante de estrés para los pacientes. La capacidad que tengan los pacientes para aceptar y adaptarse a estos cambios tendrá un impacto directo en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral (Álvarez et al., 2010; Fernández, 2004).

De acuerdo con Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga (1999) la información adecuada es una de las herramientas más poderosas para poder afrontar adecuadamente la crisis tras el diagnóstico de cáncer. Por una parte, la búsqueda de información es una estrategia que ayuda a la adaptación ante los eventos amenazantes del proceso de enfermedad, mientras que la desinformación o información inadecuada, puede producir desconfianza o generar respuestas de afrontamiento poco adaptativas (p. ej. pasividad antes la toma de decisiones, respuestas de ansiedad ante desconocimiento de los procedimientos).

La adecuada expresión y control de las emociones facilitan las respuestas de afrontamiento eficaces, mientras que la falta de expresión emocional o la falta de control sobre su expresión, incrementan la vulnerabilidad del paciente (Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999). De acuerdo con Costa Requen y Gil (2008), facilitar la expresión emocional, ofreciendo el tiempo y un espacio donde el paciente pueda expresar sus preocupaciones respecto a su enfermedad, facilita el crecimiento postraumático, definido como los cambios positivos que experimenta una persona como resultado del proceso de afrontamiento a partir de un evento traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999).

De acuerdo con Cortés Rodríguez et al (2010) la intervención psicológica tiene tres objetivos principales:

1. Disminuir la ansiedad de los pacientes y sus familiares
2. Servir como puente de comunicación entre los pacientes, sus familiares y el

equipo médico

3. Favorecer la adherencia al tratamiento médico

Estos objetivos se pueden lograr a través de distintas estrategias como la información, la psico-educación, la contención emocional, aclarar las dudas, identificar miedos, mitos, beneficios y riesgos de los tratamientos, reestructuración cognitiva, identificación de barreras y solución de problemas, entrenamiento en asertividad, entre otras.

En el caso particular de los pacientes del Servicio de Tumores Óseos, es necesario que se brinde información acerca de todo el proceso diagnóstico, en qué consisten las pruebas, los estudios y los tratamientos. También se brinda información acerca de los cuidados de las heridas, los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y cómo manejarlos. Una parte importante de la psico-educación en estos casos es explicar a los pacientes cuales son las emociones que se pueden presentar durante todo el proceso de enfermedad, como pueden afectar éstas al mismo proceso y brindar estrategias para regularlas.

Un trabajo importante del residente en Medicina Conductual es brindar las herramientas necesarias para la toma de decisiones respecto a los tratamientos propuestos por el equipo médico. Esto se realiza a través de habilidades de toma de decisiones con base en el costo y beneficio de los mismos, la reestructuración cognitiva y la solución de problemas.

El especialista en Medicina Conductual, frecuentemente debe trabajar también con los familiares, identificando relaciones y situaciones que puedan ayudar o perjudicar a los pacientes. Si bien la red de apoyo de los pacientes (familia y amigos) frecuentemente resulta un recurso eficaz que puede influir positivamente en el manejo de la enfermedad, también puede ser una influencia negativa. Entre las actitudes y conductas que pueden representar un obstáculo o dificultad, se encuentran evitar hablar del tema, el falso optimismo, la indiferencia ante la situación y la sobreprotección del paciente. Esta última puede afectar negativamente en la autoestima e independencia del paciente. (Olmo Gascón y de los Cobos Arteaga, 1999).

En el Servicio de Tumores Óseos del INR se reciben casos de toda la República

Mexicana e incluso de otros países de Latinoamérica. Esto implica que muchos de los pacientes tengan que dejar sus lugares de origen, dejando a sus familiares y redes de apoyo. Esto a su vez, genera un mayor gasto económico, el cuál sumado a los costos de los estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones representan un problema y fuente de estrés para los pacientes. Una tarea importante del especialista en Medicina Conductual en estos casos, es proporcionar herramientas de búsqueda de solución de problemas ante estas situaciones.

Por último, es importante recordar que se ha visto como las personas que experimentan situaciones altamente estresantes, en este caso, todo lo que significa el diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos, son capaces de experimentar tanto emociones negativas como emociones positivas. Thornton et al (2012), encontraron que aquellas personas que afrontan las situaciones acercándose e involucrándose activamente con la fuente de estrés, son más propensas a encontrar beneficios en la situación, específicamente hallaron que la resignificación positiva y la expresión y procesamiento de las emociones relacionadas con el estresor, servían como variables predictivas para ello. Este tipo de afrontamiento (afrontamiento de acercamiento), incluye también estrategias como el análisis lógico de la situación, la búsqueda de ayuda-apoyo y la toma de acciones concretas para lidiar con la situación y sus consecuencias (Moos y Schaefer, 1993). Por lo anterior es importante que el especialista en Medicina Conductual brinde las herramientas necesarias para potenciar las emociones positivas dentro de estas situaciones altamente estresantes.

Descripción de la Sede

El Servicio de Tumores Óseos es un servicio de alta especialidad donde se atienden pacientes con tumores músculo-esqueléticos benignos y malignos localizados en las extremidades y la pelvis, ya sean primarios o metastásicas a hueso. El servicio se ofrece a personas de ambos sexos y de cualquier edad.

Dentro del servicio se lleva a cabo investigación acerca de nuevos métodos terapéuticos para el tratamiento de las neoplasias y desarrollo de prótesis, así como la formación de recursos humanos de alta especialidad.

Los servicios ofrecidos dentro de este servicio incluyen la consulta externa de ortopedia y de oncología, tratamientos quirúrgicos (conservadores y radicales), quimioterapia y apoyo psicológico.

El Servicio de Tumores Óseos se encuentra ubicado en el ala izquierda del sexto piso del edificio de Ortopedia. El servicio cuenta con 13 camas de hospitalización repartidas en tres salas con cuatro camas cada una y una habitación aislada. En algunas ocasiones es necesario utilizar camas correspondientes al servicio de infecciones óseas. En caso de que el paciente sea menor de edad, la hospitalización se lleva a cabo en el cuarto piso del mismo edificio correspondiente a ortopedia pediátrica.

Este servicio cuenta también con una sala de juntas donde se llevan a cabo las sesiones clínicas, tiene asignado un consultorio de consulta externa de ortopedia cuatro veces a la semana, un consultorio de consulta externa de oncología una vez por semana y una sala de quirófano cuatro días por semana.

El servicio se encuentra a cargo del Dr. Genaro Rico Martínez y el personal adscrito al servicio está conformado por el Dr. Luis Miguel Linares González, el Dr. Ernesto A. Delgado Cedillo y el Dr. Roberto González Guzmán.

Actividades del residente en Medicina Conductual

Actividades en piso.

1. Pase de visita 8:30 a.m.
2. Asistencia a sesión clínica y presentación de casos (lunes 11 a.m.)
3. Valoración e intervenciones psicológicas a pacientes hospitalizados, y en caso de detectarse la necesidad, atención a familiares.
4. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes bajo tratamiento médico.
5. Atención a interconsultas solicitadas por otros servicios.
6. Realización de nota psicológica en el expediente electrónico.

Actividades en Consulta Externa.

1. Apoyo durante la consulta externa de Ortopedia (martes, miércoles y jueves 9 am).
2. Apoyo durante la consulta de Oncología Médica (Viernes 10 a.m.)
3. Conocimiento de casos clínicos.
4. Intervención en crisis a pacientes o familiares ante diagnósticos o propuesta de tratamientos médicos y/o quirúrgicos
5. Intervención para toma de decisiones ante propuestas de tratamientos médicos y/o quirúrgicos
7. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes en seguimiento médico
8. Detección de barreras que impidan una adecuada adhesión a tratamientos médicos, cuidados de la herida quirúrgica, etc. Apoyo para dar solución a esas barreras.
9. Redacción de notas clínicas en expediente electrónico

Estadísticas de usuarios atendidos por la residente de Medicina Conductual

El número total de pacientes atendidos fue de 237, de los cuales el 51% (120) fueron hombres y el 49% (117) mujeres. La edad de los pacientes atendidos fue de entre 1 y 79 años, con una media de 32 años de edad. Los diagnósticos reportados para los pacientes atendidos fueron diversos, siendo el 39% tumores malignos (Figura 18), 42% tumores benignos (Figura 19), 14% lesiones pseudotumorales (Figura 20) y 5% otro tipo de lesión (Figura 17). Del total de casos de tumores malignos (92) el que más se presentó fue el Osteosarcoma (40), mientras que de las lesiones benignas (100), el que más se reportó fue el Tumor de Células Gigantes (33).

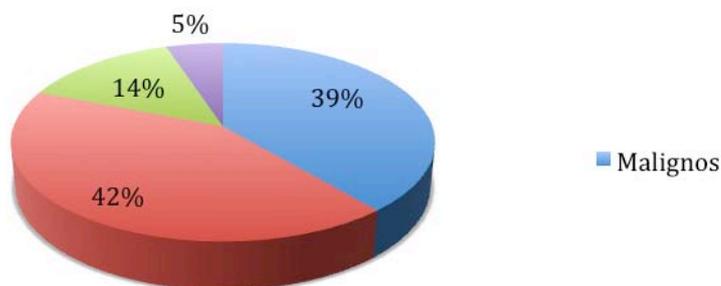


Figura 17. Distribución por porcentaje de casos por estirpe de tumor.

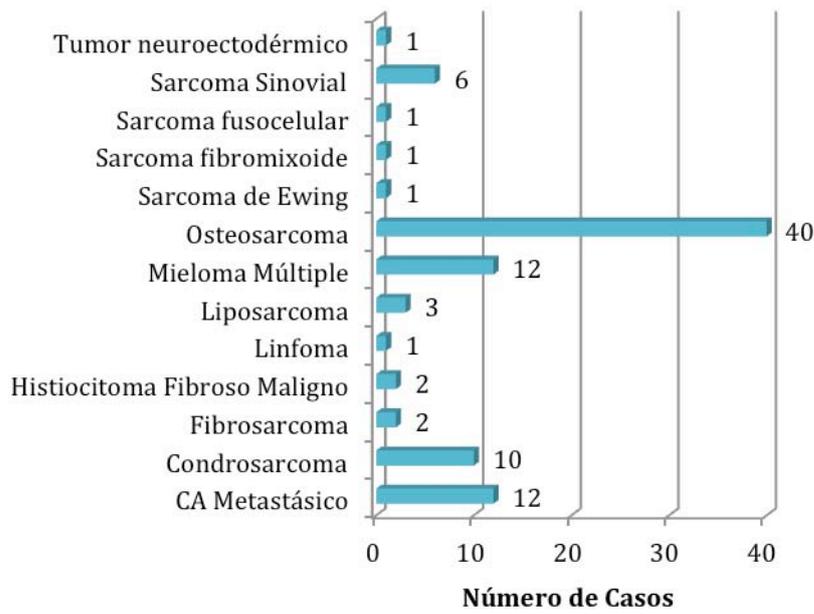


Figura 18. Distribución de casos de tumores malignos por diagnóstico específico.

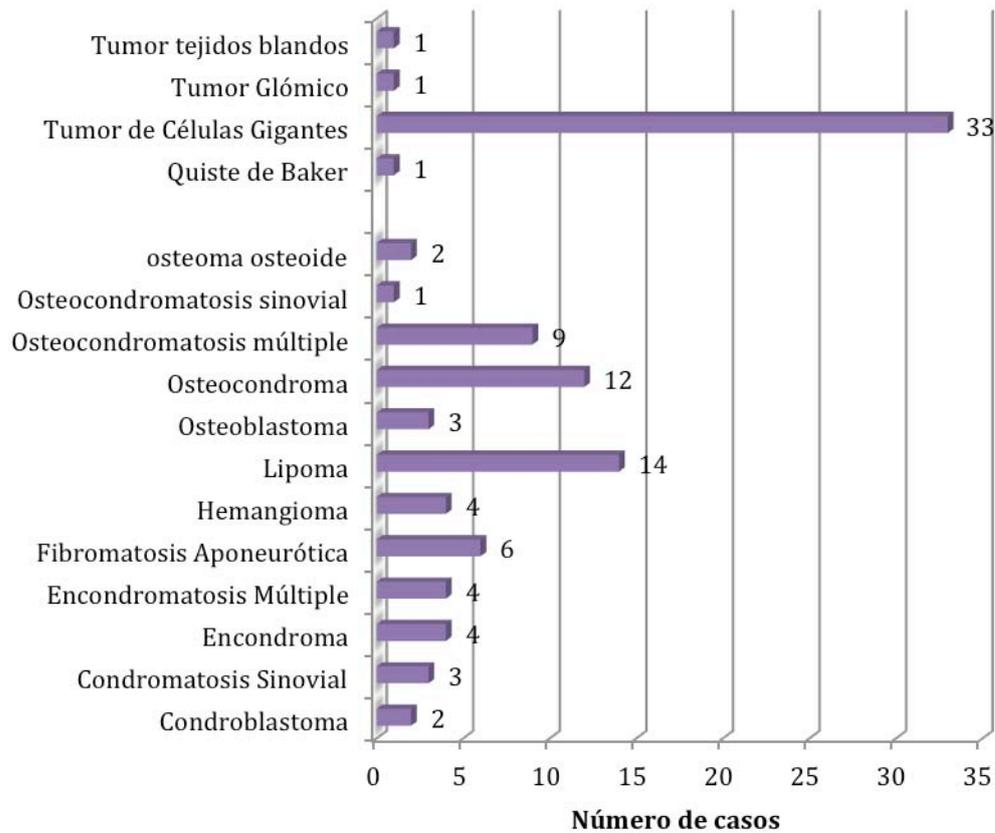


Figura 19. Distribución de casos de tumores benignos por diagnóstico específico.

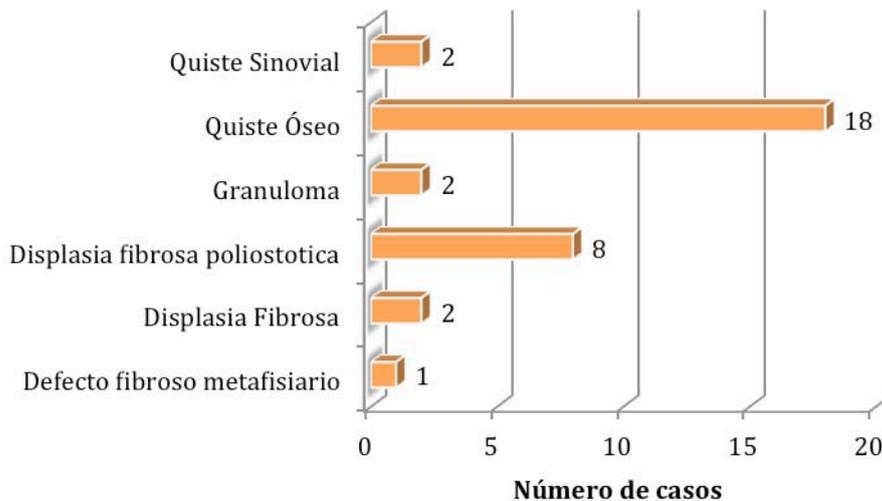


Figura 20. Distribución de casos de lesiones pseudotumorales por diagnóstico específico.

En cuanto a tratamientos quirúrgicos (Figura 21), 27 pacientes habían sido sometidos a cirugías radicales (amputación, desarticulación o hemipelvectomía), 168 fueron tratados con procedimientos conservadores y a 42 se les realizó biopsia únicamente o biopsia acompañada de tratamiento conservador.

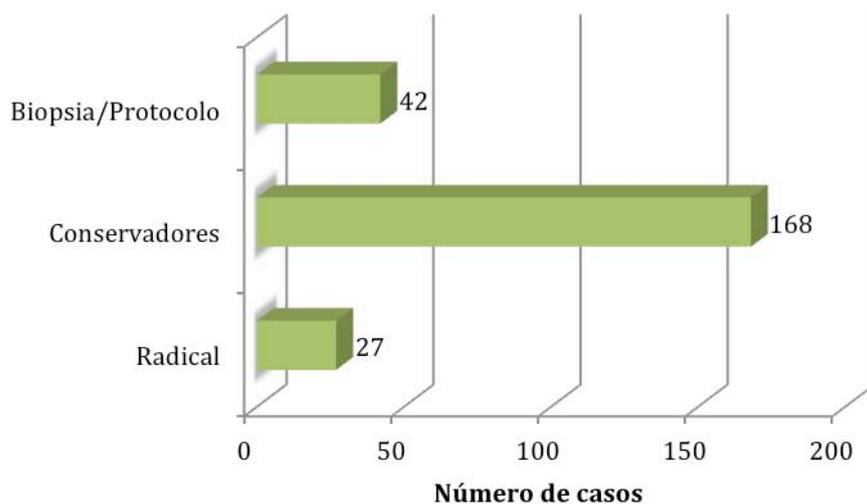


Figura 21. Distribución de tratamientos quirúrgicos.

Del total de pacientes atendidos por Medicina Conductual (Figura 22), a 145 se les brindó únicamente apoyo durante su hospitalización mediante acompañamiento durante procedimientos dolorosos, contención emocional, técnicas de distracción cognitiva,

comunicación asertiva con personal médico y/o información y recomendaciones acerca del cuidado de heridas quirúrgicas, dependiendo de las necesidades presentadas por el paciente. Con los 92 restantes se realizó una intervención breve con duración de entre 3 y 12 sesiones, donde se trabajó con distintas técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, y al adecuado manejo de la enfermedad. Las técnicas utilizadas fueron la psico-educación general de tumores y sus tratamientos, toma de decisiones respecto a tratamientos quirúrgicos, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, regulación emocional, solución de problemas, entrenamiento en asertividad, manejo de efectos secundarios de quimioterapia y adherencia a tratamientos médicos.

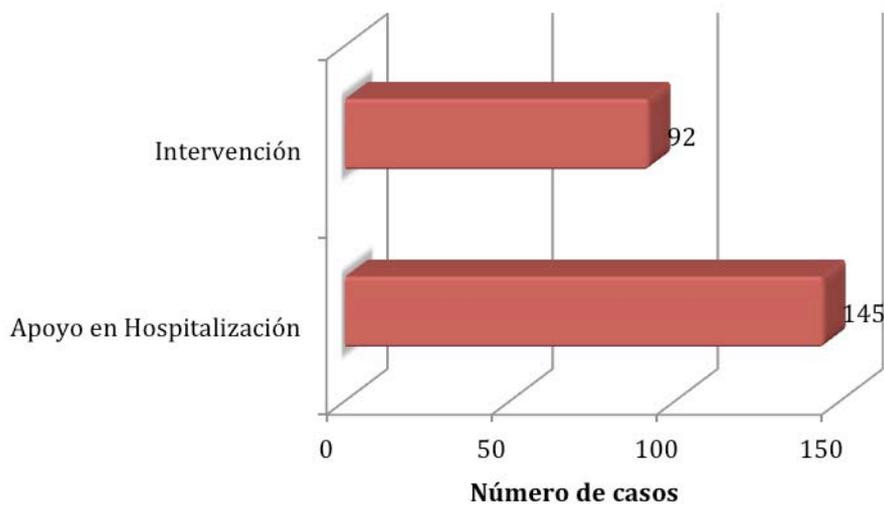


Figura 22. Atención brindada por residente de Medicina Conductual.

CONCLUSIÓN

Durante los dos años de residencia, tuve la oportunidad de trabajar con una población de pacientes muy diversa, permitiéndome desarrollar habilidades en distintas áreas, aprender acerca de numerosos padecimientos, necesidades de los pacientes y técnicas de intervención para las distintas etapas del continuo salud-enfermedad.

Durante la experiencia en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, pude desarrollar el trabajo de especialista en Medicina Conductual en sus distintos ámbitos de aplicación, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta la elaboración de duelo. Si bien la mayoría de los pacientes con quienes se trabajó en este centro no solicitaron asistencia psicológica debido a su estado de salud, se pudo establecer como en gran parte de los casos, los motivos de consulta (generalmente ansiedad y/o depresión) se encontraron relacionados con sus propios padecimientos físicos o de sus familiares. Esto dio la oportunidad de realizar planes de tratamiento que incluyeran estrategias enfocadas al manejo de la enfermedad, la promoción de conductas saludables, la disminución o eliminación de conductas de riesgo, el incremento a la adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas, el adecuado afrontamiento del estrés, entre otras.

Durante esta experiencia, se contó con el apoyo de la dirección del Centro para asignar al servicio de Medicina Conductual a aquellos pacientes que se detectaba que tuvieran algún padecimiento médico durante el proceso de admisión. También se contó con el apoyo para organizar talleres, pláticas e intervenciones grupales. La supervisión de casos fue enriquecedora y oportuna en cada caso. Esta se llevaba a cabo los días viernes con la Dra. Andrómeda Valencia, quien revisaba los expedientes, avances en los casos, se revisaban las metas alcanzadas y se discutían las estrategias a seguir. Durante estas sesiones, también se dejaban artículos relevantes a los casos para su revisión y discusión.

Debido a la gran cantidad de alumnos universitarios que buscan apoyo psicológico en esta sede, esta podría representar un buen espacio para la promoción de conductas saludables, la disminución de conductas de riesgo para la salud y el adecuado manejo

del estrés, no solo con aquellos alumnos que solicitan ayuda, sino diseñar, implementar y evaluar programas con los alumnos de la Facultad en general.

Respecto a la población en general, el proceso de admisión al centro es largo y en ocasiones pasan varias semanas antes de que el paciente sea asignado a algún programa de atención, por lo que podría aprovecharse ese tiempo de espera para realizar talleres de corta duración donde se brinde educación para la salud.

De manera general, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” es un lugar adecuado para el aprendizaje y desarrollo de habilidades profesionales y de investigación para el estudiante de Medicina Conductual.

Durante el segundo año de residencia en el Servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación, la experiencia fue distinta, debido a que en este servicio la población era muy específica; pacientes con tumores óseos o de tejidos blandos, benignos o malignos. Durante esta rotación, tuve la oportunidad de enfrentarme a otras necesidades distintas a aquellas abordadas en el Centro de Servicios de la Facultad.

La experiencia en el ámbito hospitalario me permitió desarrollar otro tipo de habilidades y darme cuenta del papel tan importante que tiene el psicólogo dentro de un hospital. El trabajo en este servicio me ayudó a poner en práctica distintas técnicas de intervención, por ejemplo atención en crisis a pacientes que acaban de recibir un diagnóstico o noticia poco favorable, la información acerca de los padecimientos y las procedimientos médicos, la toma de decisiones respecto a los distintos tratamientos, el manejo de estados emocionales negativos durante la hospitalización y una vez que están en casa, estrategias para el incremento de la adherencia a sus tratamientos y citas médicas, la solución de problemas, la comunicación con familiares y con el personal médico, el manejo de efectos secundarios de los tratamientos y estrategias que mejoren la calidad de vida del paciente en general. El trabajo con los familiares que acompañan a los pacientes es también de suma importancia.

Por otro lado, el trabajo en el ámbito hospitalario se puede extender también a la atención hacia los médicos. La comunicación asertiva es un área importante que se

puede abordar, por ejemplo la adecuada comunicación con los pacientes y familiares, la manera de dar malas noticias, diagnósticos poco favorables, dar información acerca de los tratamientos y procedimientos quirúrgicos. Todo esto contribuye a mejorar significativamente la relación médico-paciente, la cuál a su vez juega un papel de suma importancia en el proceso de enfermedad de una persona.

Otra área de trabajo en la que el residente en Medicina Conductual puede involucrarse es en el adecuado manejo del estrés con los residentes médicos y la prevención del *burnout* entre esta población. En el caso particular del Servicio de Tumores Óseos, esto se vuelve necesario al ser un servicio donde los residentes de ortopedia se enfrentan a casos que generalmente no han tratado antes, es decir, casos oncológicos, donde el sufrimiento tanto de pacientes como familiares está muy presente, y donde, en muchos casos, el rápido deterioro del estado de salud y calidad de vida de los pacientes, y la constante posibilidad de muerte desgasta también a los residentes.

Como se ha descrito, el Servicio de Tumores Óseos es muy variado y se deben atender distintas necesidades, ya sea en la consulta externa, el trabajo en piso con los pacientes hospitalizados y sus familiares así como el trabajo con los médicos. Es por esto que considero necesario que haya más de un residente de Medicina Conductual en este servicio para poder cumplir satisfactoriamente con las necesidades que presenta.

De manera general, la experiencia dentro de la maestría de Medicina Conductual fue muy enriquecedora tanto en el ámbito profesional como en el personal. La experiencia en dos sedes tan distintas me permitió darme cuenta de la diversidad de nuestro trabajo como especialistas en Medicina Conductual y también de la variedad de habilidades y herramientas que logré desarrollar y poner en práctica para distintas situaciones.

REFERENCIAS

- Álvarez, L. A. y García, L. Y. (2004). Tumores óseos cartilagosos en niños. Reporte epidemiológico de 20 años en nuestro hospital. *Act Ortop Mex*, 18(5), 191-195.
- Álvarez-Gómez, S., González-Pulido, J. L. y López-Roldán, P. (2010). Valoración de la incapacidad del osteosarcoma en pacientes en edad laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 85-92.
- Araujo, V., Domínguez, V., Martínez, J., Rico, G., Delgado, E., Alcántara, D., Noriega, A. y Carbajal, P. (2010). Análisis biomecánico de un espaciador para neoplasias de rodilla en función del tamaño de la resección por medio de elementos finitos. *Revista Facultad de Ingeniería Universidad de Antioquia*, 53, 128-134.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.
- Benseler, S. M. y Silverman, E. D. (2005). Lupus eritematoso sistémico. *Pediatr Clin N Am*, 52, 443-467.
- Benson, A. L. y Gengler, M. (2004). Treating Compulsive Buying. En R. Holman-Coombs. (Ed.), *Handbook of Addictive Disorders: A practical Guide to diagnosis and treatment* (451-491). New Jersey: Wiley.
- Berrios, X., Koponen, T., Huiguang, T., Khaltaev, N., Puska, P., y Nissinen, A (enero 1997). Distribution and prevalence of major risk factors of noncommunicable diseases in selected countries: The WHO inter-health programme. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*. 75(2), 99-108.
- Black, D. W. (2001). Compulsive Buying Disorder Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNS Drugs*, 15 (1), 17-27.
- Black, D. W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(1), 14.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. y Epstein, M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 2(6), 576-582. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>.
- Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1991). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Comp.), *Manual de evaluación y de psicología clínica de la salud*. México: Siglo XXI.

- Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Carrobles, J. A., (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 25-40.
- Caballero-Suárez, N. P., Pérez-Sánchez, I. N., Herrera-Cornejo, M. A., Manrique, M. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22(2), 257-273.
- Caballo, V. E. (comp) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Calhoun LG, Tedeschi RG (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates
- Cano-Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2(1), 71-80.
- Carrobles, J. A., Casal, G. B. y Sierra, J. C. (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 25-40.
- Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V. y Delgado, A. P. (2008). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157-173.
- Cerezo-Reséndiz, S. y Hurtado-Rodríguez, C. (2012). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 3(2), 49-59.
- Cervera, R. y Pallarés, L. Epidemiología y clasificación del lupus eritematoso sistémico (2008). En R. Cervera y R. Jiménez-Alonso. (coordinadores), *Avances en lupus eritematoso sistémico* (pp. 35-50). España: Marge Medica Books.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 24, 120-129.
- Córdoba, J., Barriguete, J., Lara, B., Rosas, M., Hernández, M., de León, C. y Aguilar, S., (sep./oct. 2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública en México*, 50(5).

- Cortés-Rodríguez, R., Frías-Austria, R., López-Sosa, F. y Félix-Acevedo, D. (1995). Tumores óseos malignos en niños: Tratamiento quirúrgico. *Rev Mex Ortop*, 9(5), 259-264.
- Cortés-Rodríguez, R., Castañeda-Pichardo, G. y Tercero-Quintanilla, G. (2010). Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma. *Arch Inv Mat Inf*, 60-66.
- Costa-Requena, G. y Gil, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 5(1), 27-38.
- De Luis Román, D., Aller, R. y Bustamante Bustamante, J. (2008). Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. *Nefro Plus*, 1(1), 39-46.
- De la Torre-Aboki, J., Martínez-Sanchís, A. y Perdiguero-Gil, M. (2009). Lupus Eritematoso Sistémico. *Metas de enfermería*, 12(1), 20-26.
- Discapacinet- Instituto Nacional de Rehabilitación (SF). Tumores óseos. Recuperado el 16 de noviembre del 2013 de http://www.ediscapacinet.gob.mx/documents/19899/29905/tumores_oseos.pdf/29e4947f-a92a-4f2d-a0a7-fd655326354b?version=1.0.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *SCIENCE*, 196(4286), 129-136.
- Estrada-Villaseñor, E., Delgado-Cedillo, E. A. y Rico-Martínez, G. (2008). Frecuencia de neoplasias óseas en niños. *Acta Ortop Mex*, 22(4), 238-242.
- Ehrenzweig-Sánchez, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21.
- Fagalde, M., Solar, J., Guerrero, M. y Atalah, E. (2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile* (133), 919-928.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.
- Fernández Rodríguez, B., Bejar Pichardo, E. y Campos Quintanilla, M. M. (2012). Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología*, 9(2-3), 317-334.
- Fletcher C. D. M., Unni K. K. y Mertens F. (Eds.) (2000). World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press.

- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908.
- Gámez, G. G., Roales-Nieto, J., San Pedro, E. M. y Sagarduy, J. L. Y. (2008). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International journal of clinical and health psychology*, 8(3), 705-718.
- García-González, A., Richardson, M., Popa-Lisseanu, M., Cox, V., Kallen, M. A., Janssen, N., Ng, B., Marcus, D. M., Reveille, J. D. y Suarez-Almazor, M. E. (2008). Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clinical rheumatology*, 27(7), 883-889.
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. J., (2010). Calidad de Vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75.
- Godoy, J. F. (1991). Medicina Conductual. En V. E. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 871-890). España: Siglo XXI.
- González-Celis, A. L., y Padilla, A. (2006). Quality of Life and Coping Strategies in Older Adults with Problems and Diseases in México City. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510.
- González-Martínez, M. T. y García-González, M., L. (1994). Psicología de la salud y educación para la salud: El contexto escolar como marco en prevención y educación para la salud. *AULA*, (6), 127-142.
- Gordon, C. C. y Gross, W. L. (2011). *Systemic Lupus Erythematosus : Visual Guide for Clinicians*. Oxford: Clinical Pub.
- Greco, C. M., Rudy, T. E. y Manzi, S. (2004). Effects of a stress-reduction program on psychological function, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: A randomized controlled trial. *Arthritis Care y Research*, 51(4), 625-634.
- Guevara-Gasca, M. D. P. y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 47-55.
- Gutiérrez-Martín, C., Díaz-López, J. B. y Gómez-Arbesú, J. (Eds) (2006). *Lupus eritematoso sistémico para médicos de atención primaria*. España: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

- Hall, J. (2009). Efecto de un programa de ejercicio aerobio en adultos con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sobre la resistencia cardiorrespiratoria, el índice de masa corporal y el consumo de medicamentos. *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*, 1(1).
- Hartston, H. (2012). The case for compulsive shopping as an addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 64-67.
- Hernández-Romieu, A. C., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 34-39.
- Hospital General de México (S.F.). Guías de diagnóstico y tratamiento del servicio de reumatología: 7. Lupus eritematoso sistémico (LES). Recuperado de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/reuma/guias/7lupus.pdf
- Huang, H. C., Chou, C. T., Lin, K. C., y Chao, Y. F. C. (2007). The relationships between disability level, health-promoting lifestyle, and quality of life in outpatients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Nursing Research*, 15(1), 21-32
- Hyphantis, T., Palieraki, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N. y and Drosos, A. A. (2011). Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 20, 893–903.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer. Recuperado de: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../cancer0.doc
- Instituto Nacional de Rehabilitación (2011). *Tumores Óseos*. Recuperado de <http://www.inr.gob.mx/o09.htm>
- Jarpa, E., Babul, M., Calderón, J., González, M., Martínez, M. E., Bravo-Zehnder, Henríquez, C., Jacobelli, S., González, A. y Massardo, L. (2011). Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. *Lupus* 20, 58–66.
- Jolly, M. (2005). How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *Journal of Rheumatology*, 32(9), 1706-8.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.

- Karlson, E. W., Daltroy, L. H., Lew, R. A., Wright, E. A., Partridge, A. J., Fossel, A. H., Roberts, W. N., Stern, S. H., Straaton, K. V., Wacholtz, M. C., Kavanaugh, A. F., Grosflam, J. M. y Liang, M. H. (1997). The relationship of socioeconomic status, race, and modifiable risk factors to outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis y Rheumatism*, 40(1), 47-56.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lejoyeux, M. (2011). Compulsive Buying: Clinical Foundations and Treatment (Practical Clinical Guidebooks series). *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 158-158. Book Review
- Lejoyeux, M., Haberman, N., Solomon, J., Ad`es, J. (1999). Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Compr Psychiatry*, 40, 51–56.
- Lejoyeux, M. y Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 248-253.
- Lyubomirsky, S. (2011). *La ciencia de la felicidad*. Books4pocket.
- Martin, R. H. (1998). The role of nutrition and diet in rheumatoid arthritis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57(02), 231-234.
- Matarazzo, J. D. (1980, September). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1–14
- McKegney, F. P. y Schwartz, C. E. (1986). Behavioral medicine: Treatment and organizational issues. *General hospital psychiatry*, 8(5), 330-339.
- McElhone, K., Abbott, J. y Teh, L. S. (2006). A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15(10), 633–643.
- Mendoza-Martínez, C., Coutiño-León, B., Medina-Salas, A. y Mora-Magaña, I. (2001). Programa de rehabilitación pre y posoperatorio para pacientes pediátricos con tumores óseos malignos primarios en extremidades, manejados con cirugía de salvamento. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 13, 44-49.
- Miltenberger, R. G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., Mitchell, J., Wonderlich, S., Faber, R. y Smyth, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to

- compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 1-9.
- Mitchell, J. E., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D. y de Zwaan, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1859-1865.
- Moorey, S. y Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). Nueva York: Free Press.
- Moreno-Hoyos, L. F., Tecualt-Gómez, R., Morfín-Padilla, A., Padilla-Longoria, R., Amaya-Zepeda, R. A. y Moreno-Wright, E. (2002). Tumores del húmero. Cirugía de preservación con artroplastía. *Acta Ortopédica Mexicana*, 16(6), 296-306.
- Müller, A. y Mitchell, J. E. (Eds.) (2011). *Compulsive Buying: Clinical Foundations and Treatment: Practical Clinical Guidebooks series*. New York: Taylor y Francis, 2011. 306 pp.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Olmo-Gascón, M. R. y de los Cobos-Arteaga (1999). Recursos para el afrontamiento emocional en el paciente oncológico. *Revista de enfermería*, 10, 12-16.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web .pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf.
- Patrick, D. y Erickson, P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York : Oxford University Press.
- Pazarlis, P., Katsigiannopoulos, K., Papazisis, G., Bolimou, S. y Garyfallos, G. (2008). Compulsive buying: a review. *Annals of General Psychiatry*, 7(Suppl 1), S273.

- Pelaez-Ballestas, I., Sanin, L. H., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyei, J., Burgos-Vargas, R., Garza-Elizondo, M., Rodríguez-Amado, J., Goycochea-Robles, M. V., Madariaga, M., Zamudio, J., Santana, N., y Cardiel, M. H. (2011). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico: A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *The Journal of Rheumatology*, 86, 3-8.
- Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N. y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*, 32(3), 251-258.
- Petri, M., Perez-Gutthann, S., Longenecker, J. C. y Hochberg, M. (1991). Morbidity of systemic lupus erythematosus: role of race and socioeconomic status. *Am J Med*, 91, 345-353.
- Rennie, K. L., Hughes, J., Lang, R. y Jebb, S. A. (2003). Nutritional management of rheumatoid arthritis: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(2), 97-109.
- Rico-Martínez, G., Linares-González, L. M., Díaz-Rodríguez, L. y de la Garza-Navarro, M. (1998). Tratamiento de los tumores óseos mediante resección en bloque y colocación de clavo Colchero especial con espaciador metálico. *Rev. mex. ortop. traumatol*, 12(5), 445-9.
- Rico-Martínez, G., Linares-González, L. M., Cervantes, C. y Delgado-Cedillo, E. A. (2001). Histiocitoma fibroso benigno tratado por medio de esterilización ósea e injerto de médula ósea autóloga, informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Ortop Traum*, 15(2), 67-69.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Roales-Nieto, J. G. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*; 18(2), 211-218.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 69, 41-47.
- Rodríguez-Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- Rodríguez-Ortega, G. y Jaén-Cortés, C. I. (2004). Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México. En G. Rodríguez-Ortega. (coordinadora), *Medicina conductual en México* (pp. 37-56). México D.F.: Sociedad Mexicana de Medicina Conductual
- Rojas-Serrano, J. y Cardiel, M. H. (2000). Lupus patients in an emergency unit. Causes of consultation, hospitalization and outcome. A cohort study. *Lupus*, 9(8), 601-606.
- Sánchez-Torres, L. J. y Santos-Hernández, M. (2012). El arte de diagnosticar tumores óseos. *Acta Ortop Mex*, 26(1), 57-65.
- Sánchez-Rodríguez, S. H., Barajas-Vásquez, G. E., Ramírez-Alvarado, E. D., Moreno-García, A. y Barbosa-Cisneros, O. Y. (2004). Lupus eritematoso: enfermedad autoinmune sistémica y órgano específica. *Rev Biomed*, 15, 173-180.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez y M. E. Rojas (Coords.), *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 35-44). México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Schattner, E., Shahar, G. y Lerman, S. (2010). Depression in Systemic Lupus Erythematosus: The Key Role of Illness Intrusiveness and Concealment of Symptoms. *Psychiatry*, 73(4), 329-340.
- Schofield, W. (1976, february). The psychologist as a health professional. *Professional Psychology*, 7(1), 5-8.
- Schwartz, G. E. y Weiss, S. M. (1978, September). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3). 249-251.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.

- Seitz, D. C. M., Besier, T. y Goldbeck, L. (2009). Psycho-social interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.
- Silva, E. (2009). Inmunopatogenia del lupus eritematoso sistémico, parte I: Factores predisponentes y eventos iniciales. *Revista Chilena de Reumatología*, 25(3), 108-113.
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *European Journal of Cancer Care*, 21(2), 251-258.
- Soto, J., Rejas, J., Ruiz, M. y Pardo, A. (2009). Estudios de calidad de vida relacionada con la salud incluidos en ensayos clínico: valoración de su calidad metodológica mediante de una lista-guía. *Medicina clínica*, 133(8), 314-320.
- Tecuall-Gómez, R., Moreno-Hoyos, L. F. y Amaya-Zepeda, R. A. (2008). Clasificación de los tumores óseos. *Mediagraphic Artemisa* 4(2), 96-102
- Terr, A. I., y Imboden, J. B. (2002). *Inmunología básica y clínica*. México DF: El Manual Moderno.
- Thornton, A. A., Owen, J. E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., Reckamp, K. y Stanton, A. L. (2012). Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 21(4), 365-373.
- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades inflamatorias intestinales. En L. A. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 345-359). México: Thompson.
- Úcar-Angulo, E. y Rivera-García, N. (2008). Comorbilidad en lupus eritematoso sistémico. *Reumatología clínica*, 4, 17-21.
- Vela, D. C., Abadías, M. E., Vidal, E. F., Munuera, E. I., y Carvacho, M. S. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 93-112.
- Vinaccia, S. y Orozco, M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125-137.
- Wang, C., Nancy, E. M. y Paul R. F. (2001). The relationship between health related quality of life and disease activity and damage in SLE. *The Journal of Rheumatology*, 28(3), 526-532.
- Weddington, W. W. Jr. y Blindt, K. (1983). Behavioral medicine: a new development. *Hospital y Community Psychiatry*, 34(8), 702-708.

- Wolfe, F., Michaud, K., Li, T. y Katz, R. S. (2010). Chronic conditions and health problems in rheumatic diseases: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, systemic lupus erythematosus, and fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 37(2), 305-315.
- Zambrano-Filomensky, T. y Tavares, H. (2009). Cognitive restructuring for compulsive buying. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 77-78.
- Zhang, J., Wei, W. y Wang, C. M. (2012). Effects of psychological interventions for patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Lupus*, 21(10), 1077-1087.
- Zonana-Nacach, A., Rodríguez-Guzmán, L. M., Jiménez-Balderas, F. J., Camargo-Coronel, A., Escobedo-de La Peña, J. y Fraga, A. (2002). Factores de riesgo relacionados con lupus eritematoso sistémico en población mexicana. *Salud Pública de México*, 44(3), 213-218.

ANEXO 1

Pruebas de evaluación



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

Nº DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

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

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación: _____

CSP-60/EVALADUL



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

N° DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

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

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

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

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

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

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

Puntuación: _____

CSP-60/EVALADUL



INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González-Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

Expediente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta. Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacérselo sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1 ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Muy satisfecho	Inatisfecho	Ni satisfecho ni inatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2 ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3 ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4 ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8 ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor Físico		
Factor Psicológico		
Factor Rel. Sociales		
Factor Ambiente		

CSP-60/EVALADUL

ANEXO 2

Auto-registros semanales



REGISTRO DE ADHERENCIA A MEDICAMENTOS

Nombre: _____

Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

A continuación coloca una marca por cada toma que realices del medicamento correspondiente cada día. En la columna de *comentarios* escribe cualquier razón por la que no realices una toma cuando correspondía.

MEDICAMENTO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	COMENTARIOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y
AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
BITÁCORA DE ALIMENTOS



NOMBRE: _____
SEMANA DEL DÍA ___ AL ___ DE _____ DEL 2012

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

DESPERTÉ: — — — — — — — —
DORMÍ: — — — — — — — —



Bitácora de Actividad Física

NOMBRE: _____

SEMANA DEL DÍA ___ AL ___ DE _____ DEL 2012

DÍA	ACTIVIDAD	DURACIÓN	COMENTARIOS
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			



Nombre: _____

Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

Día	Hora del día	Nivel de TENSIÓN ANTES (0-10)	Nivel de TENSIÓN DESPUÉS (0-10)	Nivel de DOLOR ANTES (0-10)	Nivel de DOLOR DESPUÉS (0-10)	Problemas encontrados (interrupciones concentración, dormirse, etc.) / observaciones
LUNES						
MARTES						
MIÉRCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SÁBADO						
DOMINGO						



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
REGISTRO ABC



Nombre: _____

Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN (1-10)	SÍNTOMA FÍSICO	¿QUÉ HAGO? CONDUCTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
CAMBIO DE PENSAMIENTO



Nombre: _____

Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

Situación	Pensamiento	Emoción (1-10)	Nuevo Pensamiento	Emoción (1-10)



Nombre: _____

Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

A continuación va a escribir 3 cosas o situaciones (por ejemplo comer alguna fruta, escuchar una canción) que la haya hecho sentirse bien o haya disfrutado hacer ese día. Escriba también el nivel de satisfacción que obtuvo por cada actividad en una escala del 1 al 10.

MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES



Nombre: _____
Semana del ___ al ___ de _____ del 2012

Bitácora de Agradecimiento

Cada noche durante la siguiente semana, antes de irte a dormir, escribe tres cosas por las que estés agradecido ese día

MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de continuar con mi formación profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) por el apoyo que me brindó a lo largo del programa de maestría.

Al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y al Servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación por brindarme el espacio adecuado para desarrollar las habilidades necesarias para mi crecimiento profesional.

Al Mtro. Arturo Martínez Lara por su confianza en mi trabajo y su orientación durante este proceso.

A la Dra. Andrómeda Valencia por su constante supervisión, orientación, guía y apoyo a lo largo de toda esta experiencia.

A la Mtra. Nelly Flores por su tiempo y retroalimentación.

Al Dr. Luis Miguel Linares por su apoyo y orientación en un ambiente nuevo para mí.

A la Dra. Angélica Riveros por aceptar ser parte de este comité.

Dedicatoria

A mi mamá y mi papá por toda su paciencia, apoyo incondicional y amor, por su confianza y por siempre creer en mí.