



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA Y RELAJACIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARIA ISABEL VÁZQUEZ MATA

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
REVISOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. SOCORRO VITAL FLORES
MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DRA. PATRICIA LANDA DURAN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM por haberme formado y darme la oportunidad de ser **ORGULLOSAMENTE UNIVERSITARIA**

A mi mamá

Por darme su apoyo, por su energía y fortaleza que me ayudaron a estar en este momento, por darme su ejemplo con amor y cariño. Gracias por estar conmigo y encaminarme siempre.
Con todo mi amor para ti.

A mis abuelos que ya no están aquí pero formaron parte importante en mi vida.

A mi hermana (Lidia)

Por ayudarme, consentirme y quererme tanto. Por que me has ayudado a crecer como persona y profesional, gracias por todo lo que has hecho por mi. Porque esto no sería lo mismo sin ti.
Te quiero!

A mis hermanos

Que son ejemplo de lucha para mi, que siendo más grandes que yo les tocó dar un mayor esfuerzo para que la más pequeña aprendiera que la vida no es fácil y que hay que ser mejor día con día. Un logro más que comparto con ustedes.

Leito ¡Mi amor!

Como agradecerte todo lo que has hecho por mi, gracias por todo el tiempo y dedicación para mi formación profesional, por tu gran conocimiento y experiencia que en todo momento me compartiste y por ser una gran persona. Te admiro muchísimo!

Vikingo te extrañamos mucho!!!

Dr. Samuel

Gracias por ser mi tutor y por su disponibilidad para llevar a cabo mi trabajo profesional.

A mis sinodales por su contribución para mi crecimiento profesional.

A mis queridos compañeros de la residencia con quienes pase muchos buenos momentos.

A Toño

Quien siempre esta conmigo. Gracias por cuidarme y amarme.
Te amo cariño!

Erika

Inseparables como siempre, gracias por seguir siendo mi admirable amiga, por confiar en mi y sigamos adelante juntas.

Eli

En la licenciatura encontré una buena amiga y la maestría me dio la oportunidad de conocer una nueva amiga fiel, constante e incondicional.
Gracias por todos los consejos y ayudarme en tiempos difíciles.

Salo con quien pase momentos inolvidables de muchas sonrisas.

Dra. Vital

Una persona brillante, profesional, destacada, sencilla y muy humana, una excelente jefa y amiga, gracias por todo el aprendizaje durante mi estancia en el hospital y por enseñarme que es necesario ser humilde para ser grande!

También a mi querida **Yola, Aguilera, Espinoza y Mari** que de todos aprendí mucho.

Con cariño Isa

INDICE

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Retroalimentación Biológica y Relajación en pacientes con Enfermedad Renal Crónico Terminal en tratamiento de Hemodiálisis.

Resumen	3
Introducción	4
Material y Método	11
Resultados	12
Discusión y conclusiones	17

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Resumen	20
Introducción	21
Sede hospitalaria (Hospital Juárez de México)	22
Caso Clínico Primer Año	35
Caso Clínico Segundo Año	42
Referencia Bibliográficas	47

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un programa psicológico cognitivo-conductual para reducir ansiedad y estrés en pacientes con tratamiento de hemodiálisis por ERCT utilizando retroalimentación biológica (biofeedback) y relajación. Participaron 8 pacientes del servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México con mediciones de presión arterial y frecuencia cardiaca, se les aplicaron instrumentos de evaluación antes y después de realizar el programa (inventario de ansiedad IDARE y una escala subjetiva de estrés) en un diseño de caso único y replicación intrasujeto con línea base retrospectiva, que consiste en replicar sistemáticamente el tratamiento. Se compararon mediciones de presión arterial, frecuencia cardiaca, ansiedad y estrés antes, durante y después del tratamiento. Los pacientes disminuyeron su ansiedad y estrés, siendo esta reducción estadísticamente significativa, concluyendo que el uso de relajación combinada con retroalimentación biológica resultaron eficaces.

Palabras claves: Ansiedad, Estrés, Relajación, Retroalimentación biológica (biofeedback), Enfermedad Renal Crónica.

INTRODUCCIÓN

En México, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, Trujillo, Méndez y Sierra (1999) mencionan que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud.

La IRC es definida por Martín de Francisco, Rodríguez-Puyol y Praga (1997) como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10 ml/min. Entonces aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico que se manifiesta mediante alteraciones: gastrointestinales, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas. Si la función renal no se estabiliza, se produce una enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

La aparición y magnitud del cuadro clínico que se presenta varía de un paciente a otro (Rahman y Smith, 1998). Sin embargo, pueden presentarse alteraciones gastrointestinales: anorexia, náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica; alteraciones hematológicas: disminución de la adhesividad plaquetaria, anemia, alteraciones dermatológicas: palidez, prurito, escarcha urémica y calcificación distrófica); alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva; alteraciones neuromusculares: insomnio, fatiga, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, alteraciones de los procesos mentales, coma y alteraciones oftálmicas: retinopatía y ceguera.

La IRC se puede producir como complicación de enfermedades: metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares. En México las causas de IRC en adultos presentadas en orden de frecuencia según Mac Gregor (2004) son:

1. Nefropatía diabética.
2. Glomerulopatías.
3. Hipertensión arterial.
4. Enfermedad renal poliquística.
5. Nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas (L.E.S).
6. Infección crónica de vías urinarias

La IRC en el país es de aproximadamente 364 por millón (Guilro, 2005) y es un proceso en el cual las nefronas pierden progresivamente su función, requiriéndose tratamiento sustitutivo ya sea de diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante. La hemodiálisis es un procedimiento en donde un riñón artificial filtra y limpia la sangre, libera al cuerpo de las toxinas, sal y de líquidos. Esta modalidad se lleva a cabo por medio de un catéter el cual conduce la sangre a un filtro hacia el riñón artificial. Cuando la sangre está

purificada retorna al cuerpo. Por lo general se recomiendan 3 sesiones semanales con una duración de 3 a 4 horas en cada sesión, aunque puede variar según los recursos económicos del paciente, del hospital o las necesidades del paciente. Este procedimiento debe realizarse en el hospital, lo cual sugiere que el paciente en hemodiálisis tendrá visitas periódicas al hospital ya que de eso dependerá su vida.

El paciente con IRC debe ser valorado de forma integral por el equipo multidisciplinario de salud investigando su etiología, el estado nutricional, afección sistémica y sus aspectos sociales y psicológicos que pueden producir en él, ya que la IRC afecta de manera importante la vida personal, familiar, escolar, laboral y social en general del paciente y de la gente que le rodea.

En este sentido, Velasco y Sinibaldi (2001) mencionan que en general las personas viven el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica como una crisis, y durante el curso de la propia enfermedad, el paciente tendrá que enfrentarse en otros momentos con problemas secundarios al padecimiento que también le son difíciles de sobrellevar y ante los cuales puede incluso entrar de nuevo en crisis.

De acuerdo con autores como Holmes y Rahe (1967 en Velasco y Sinibaldi, 2001), los sucesos que producen altos niveles de estrés y que por ende tienen una mayor capacidad de desatar una crisis en la vida de las personas son, en orden de importancia: la muerte del cónyuge, el divorcio o la separación marital, la muerte de un familiar cercano, la enfermedad o su consecuente incapacidad, seguidas de eventos tales como matrimonio, jubilación, cambios en el estado de salud de un familiar y finalmente, el embarazo. Teniendo así que la enfermedad en el individuo es la cuarta causa de crisis en los adultos, siendo ésta un suceso crítico en la vida que desafía la habilidad del paciente y su familia para enfrentarlos y adaptarse.

De esta manera, Reynoso y Seligson (2005) refieren a la insuficiencia renal como una enfermedad que genera estrés el cual complica la enfermedad, por lo que los componentes del manejo del estrés serán parte importante de un programa conductual de intervención, debido a que los pacientes se encuentran sujetos a estrés crónico ya que tratan de ajustarse en la medida de lo posible a la terapéutica medicamentosa, siguen en lo posible la dieta y no restringen sus líquidos, además de que generan falsas expectativas respecto al control de su enfermedad, por lo que cuando acuden a la consulta médica, previa realización de estudios de laboratorio, esperan encontrarse bajo control y dentro de cifras normales. Pero cuando el médico les da la noticia de que sus niveles de urea se encuentran elevados, muestran signos de depresión porque suponen que los esfuerzos que han realizado han sido infructuosos.

El programa de afrontamiento para los pacientes con insuficiencia renal se enfoca a trabajar sobre el manejo del estrés, de la depresión, a desarrollar estrategias de solución de problemas y a educar al paciente y a sus familiares para mantener la calidad de vida a pesar de las diálisis.

Moes y Tsu (1970 en Lazarus 1986), señalan que al afrontar una enfermedad, el paciente tiene que enfrentarse con muchas fuentes de estrés, entre las que se hallan el dolor y la incapacitación, el entorno hospitalario y las demandas que provienen del personal de salud y de los tratamientos a los que se ven sometidos. Al mismo tiempo, el paciente debe conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria y una buena relación con sus familiares y amigos. En este sentido, acontecimientos no programados, como la enfermedad y la hospitalización, constituyen acontecimientos de cambio de vida de carácter estresante en donde el paciente tiene que adoptar una posición social que tiene igualmente efectos estresantes. Latorre (1994) señala cinco respuestas características del paciente hospitalizado que mencionan pueden clasificarse como respuestas de estrés:

1. ansiedad o miedo.
2. Incremento de irritabilidad.
3. Pérdida de interés por el medio exterior.
4. Infelicidad.
5. Preocupación con los procesos corporales.

En este punto se destaca el trabajo de Wilson-Barnett y Carrigy (1978 en Latorre, 1994) en donde registraron las reacciones emocionales de un grupo de pacientes desde su ingreso hasta el momento del alta. Las puntuaciones en ansiedad y depresión fueron más altas en las 24 horas siguientes al ingreso que las del resto del tiempo de estancia, concluyendo que la hospitalización produce en los pacientes respuestas emocionales negativas, y que una de ellas es la ansiedad; y ésta depende, en cierta medida, de factores de naturaleza individual.

Un estudio sobre estrés psicológico, entendido éste como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar fue realizado por Volicer y Cols. (1978 en Latorre 1994) quienes elaboraron una escala de evaluación del estrés hospitalario (HSRS). Además de validar la escala, comprobaron que las circunstancias que provocaban mayor nivel de ansiedad eran las relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre la misma. Utilizando el HSRS, estudiaron los cambios en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea durante la hospitalización, encontrando correlaciones significativas entre esos parámetros y las puntuaciones obtenidas en la HSRS. De esta manera, mencionan que la hospitalización produce estrés (manifestado a través de respuestas emocionales negativas) que está asociado con cambios fisiológicos observables que se presumen como resultado de estrés fisiológico.

En pacientes con ERCT existen eventos estresantes como disfunción del catéter, la propia asistencia al hospital a su sesión de hemodiálisis, hospitalizaciones, hipotensión que refiere el paciente como una sensación de muerte, entre otras complicaciones propias de la enfermedad, que pueden causar elevación de la presión arterial, la cual ya se encuentra elevada como consecuencia del propio padecimiento, a la

ingesta de sal o a la ingesta excesiva de líquidos (que en estos pacientes se encuentran sumamente restringidos, 2Kg de peso interdialisis). Como consecuencia de dichos eventos estresantes los pacientes pueden tener elevación de la presión y tasa cardiaca, lo cual sumado a su ya deficiente salud podría traer como consecuencia complicaciones médicas.

Lehrer, Vaschillo, Gevirtz (2002) mencionan que se han explorado diferentes tipos de mediciones psicológicas y fisiológicas, pero han sido consistentemente la variabilidad de la tasa cardiaca o los ritmos cardiacos los que se han mantenido con las características de los estados emocionales internos y el estrés.

Las técnicas de registro fisiológico se clasifican en función del tipo de actividad fisiológica registrada y del tipo de mecanismo de control neurofisiológico subyacente. Las técnicas de registro psicofisiológico se clasifican en tres categorías (Vila, 1996):

- a) pertenecientes al sistema nervioso central
- b) pertenecientes al sistema nervioso somático
- c) pertenecientes al sistema nervioso autónomo.

Entre las técnicas pertenecientes al sistema nervioso autónomo se encuentran: la actividad eléctrica de la piel, la actividad cardiovascular, la actividad pupilar, la actividad salival, la actividad gastrointestinal y la actividad sexual. El contexto psicológico del registro es el que confiere a la variable fisiológica registrada el valor de índice psicofisiológico, esto es, la capacidad de convertirse en indicador de procesos psicológicos o conductuales.

El sistema nervioso autónomo es la porción del sistema nervioso que controla las funciones viscerales corporales que incluyen la tasa cardiaca, los movimientos del tracto-gastro-intestinal y las secreciones de diferentes glándulas, entre muchas otras actividades vitales. Lehrer (2002) comenta que existe una influencia de las emociones en el sistema nervioso autónomo y ha sido evaluada a través de del análisis de variabilidad de la tasa cardiaca. La variabilidad normal en la tasa cardiaca es debida a la acción sinérgica de las dos ramas del sistema nervioso autónomo (parasimpático, simpático). La tasa cardiaca se acelera durante la inspiración y se desacelera durante la espiración y la magnitud de los cambios son variables. La técnica de relajación con respiración profunda (“tome aire profundamente y déjelo salir lentamente”) cuando una persona se siente bajo estrés pueden ayudar a calmarla y relajarla (Lehrer, 2002). Cuando tomamos varias inspiraciones rítmicas lentas y profundas estamos modulando la variabilidad de la tasa cardiaca y los ritmos cardiacos que a su vez afectan el resto de nuestro cuerpo y disminuyen la ansiedad como respuesta excluyente del estrés.

López (1996) menciona la utilidad del entrenamiento en relajación como una de las estrategias de intervención muy utilizadas en la práctica clínica, empleándose en aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del

estado de alerta general del organismo, menciona también que en investigaciones realizadas aparecen con mucha frecuencia la combinación de la relajación con otras técnicas.

Uno de los usos más frecuentes de las técnicas de relajación son aquellos aplicados en la hipertensión arterial (HTA); la mayoría de los estudios parecen demostrar que mediante este entrenamiento se han conseguido reducciones significativas de la presión arterial (PA) tanto sistólica como diastólica, en pacientes hipertensos. Además, se observa que este procedimiento en combinación con otras técnicas, constituye una alternativa en el tratamiento de dicho trastorno. Por ejemplo; Shapiro (1981 en López, 1996) comparó los efectos del entrenamiento autógeno y relajación progresiva en sujetos normales divididos en dos grupos, no encontrando diferencias significativas respecto al índice cardiaco y la conductancia de la piel. La técnica de relajación en el tratamiento de pacientes hipertensos, al año de tratamiento, logró controlar la totalidad del grupo experimental (100%) hubo reducción de ansiedad, en medicamentos y en las visitas al cuerpo de guardia; no sucedió así con el grupo control, donde solamente hubo mejoría en el 36.8% de los pacientes. Se concluyó que la técnica de relajación debía incluirse no sólo en la terapéutica del hipertenso, sino incorporarla como método no farmacológico en los programas de rehabilitación y de seguimiento en el tratamiento de todo paciente hipertenso. Sugiere que esta terapia debe hacerse en toda unidad de salud.

En pacientes con hipertensión arterial se aplicó un tratamiento de relajación combinado con retroalimentación biológica, gimnasia circulatoria y dieta si era necesaria, durante un año, y se observó que disminuyeron las cifras sistólicas y diastólicas de la presión arterial (Amigo, González y Herrera, 1997) aunque no se menciona el efecto de cada una de las variables incluidas.

Montfrans (1990) trató de determinar los efectos de la terapia de relajación en pacientes que presentaban presión arterial elevada a pesar de tener tratamiento médico antihipertensivo. Se entrenó en relajación para manejo de estrés y el tratamiento farmacológico fue constantemente vigilado; se seleccionaron los que se encontraban en régimen ambulatorio y los hospitalizados, los resultados no fueron similares. Concluyendo que el tratamiento de relajación no se comportan igual en todos los casos, dependiendo específicamente de la situación particular de los pacientes..

En otro estudio (Benson, 1974) donde se aplicó la técnica de relajación a hipertensos que practicaban la técnica en sus casa, donde ellos mismo se monitoreaban y llevaban un control de su presión. Se tomaron en cuenta aquellos que tenían tratamiento antihipertensivo, al menos 6 meses antes del comienzo del entrenamiento, y otros que descontinuaron por ellos mismos el tratamiento farmacológico debido a que los medicamentos no reducían su presión arterial. Los resultados reportan que el tratamiento que combinaba relajación sistemática de un grupo de músculos, imaginación, respiración profunda y el monitoreo de la presión arterial por los pacientes, resultó significativo en la reducción de la presión arterial durante el estudio. No aparecieron diferencias entre los que tomaban medicamentos y los que no lo hacían.

Valderrama, P., Vázquez H. y Liceaga A. (1998) mencionan que la respiración diafragmática profunda, las visualizaciones y la relajación son las técnicas típicamente más usadas en conjunto con la retroalimentación biológica.

Dado que el entrenamiento en relajación ha sido combinado con la retroalimentación biológica resulta importante introducirnos al término "biofeedback" el cual fue creada en 1969 y significa en español retroalimentación biológica. Cuando se observó que esta metodología era útil, como herramienta eficaz para la enseñanza y aprendizaje de las técnicas de autorregulación, pasó a ser conocida como: "biofeedback training" (entrenamiento en retro-alimentación biológica).

Birk (1973 en Campos, 1985) define la retroalimentación biológica como un proceso en el cual se utilizan instrumentos monitores por medio de los cuales se detectan y amplifican respuestas fisiológicas de un individuo con el objetivo de hacer esta información consciente para el sujeto y de esta forma retroalimentarlo sobre cambios básicos de la respuesta fisiológica de interés.

Los entrenamientos con retroalimentación biológica comienzan con un instrumento sensible, que permita medir y registrar señales de procesos fisiológicos humanos específicos. El equipo recibe la señal, amplifica los datos y convierte las respuestas fisiológicas en información fácil de comprender, usando signos audiovisuales que le enseñan a la persona, o sea se establece el feedback (retroalimentación). Las medidas fisiológicas en retroalimentación son fundamentales para que la persona aprenda a autorregularse, ya que al actuar como espejos fieles, ayudan a la persona a ganar control sobre sus procesos fisiológicos y a optimizar su funcionamiento. Cuando el aprendizaje se ha logrado y hay dominio en su ejecución, los equipos tecnológicos ya no se necesitan más.

Los elementos imprescindibles para alcanzar una autorregulación eficiente son la información biológica exacta y simultánea durante el aprendizaje, el aumento y claridad de la capacidad atencional consciente y la práctica de la metodología científica. A través de la investigación científica y prácticas de los profesionales de la salud, se han desarrollado procedimientos probados de alta eficacia (Campos, 1985). Los instrumentos facilitan información instantánea de datos fisiológicos a los que normalmente la persona no tiene acceso, y le permite verificar y hacer así más rápida y eficiente su autorregulación. Con esta técnica se puede disminuir o a veces eliminar medicamentos, y ganan un sentido interior físico y mental de bienestar y de mayor control sobre su funcionamiento.

De esta manera, existen estudios (Benson, 1974; Goldman y Kleinman, 1975; Kristt y Engel, 1975 y Miller, 1975) que reportan que el tratamiento de relajación combinado con biofeedback para el tratamiento de la hipertensión es efectivo, sin embargo existen otros en donde el efecto no ha sido significativo, Elder (1973) menciona reducción significativa en presión diastólica pero no en presión sistólica, Shapiro y Schwartz, 1977; mencionan no haber encontrado reducción de la presión sistólica en seis de siete

pacientes estudiados. Sin embargo, la literatura en su mayoría informa sobre resultados positivos aplicando técnicas conductuales de relajación y biofeedback para disminuir los niveles presión arterial y tasa cardiaca en población hipertensa para el mejoramiento de la salud de la población estudiada en cada caso. Actualmente, se confirma a través de investigaciones más recientes (González y Amigo, 2000; Román, Valenzuela, Badilla y Baez, 2002; Dali, J., 2003; Ortiz y Vera-Villaruel, 2003; Moreno, Contreras, Martínez, Ayala, Livacic-Rojas y Vera-Villaruel, 2006) en las cuales se evalúa la reducción de presión arterial y frecuencia cardiaca con la aplicación de la relajación muscular progresiva realizando registros antes y después de la intervención y haciendo comparaciones con los sujetos control encontrando diferencias significativas.

Finalmente, bajo el enfoque cognitivo conductual podemos resumir que las respuestas de estrés pueden ser evaluadas a través de sistemas como el fisiológico, cognitivo y motor, ya sea que se manifieste por tensión muscular que puede ser evaluado a través de un electromiógrafo, así como conductas observables tales como temblor o agitación. A nivel cognitivo las situaciones de estrés pueden manifestarse en la forma de pensamientos y afectos negativos tales como preocupación, miedo, ansiedad, ideas irracionales o sensación de incontrolabilidad de la situación. A nivel fisiológico podemos tener respuestas como la elevación generalizada del sistema nervioso autónomo expresada en elevación de tasa cardiaca, del volumen y presión sanguínea, el descenso de la temperatura corporal periférica, el aumento de la sudoración o dilatación de la pupila. Como podemos observar la evaluación de la respuesta al estrés es compleja debido a las múltiples variables involucradas, sin embargo se intenta obtener indicadores que permitan implementar intervenciones dirigidas al mejoramiento de las habilidades del paciente para hacer frente a los sucesos estresantes que se presentan en el curso de su enfermedad.

Las consideraciones anteriores justifican el uso de una intervención psicológica para disminuir los síntomas de ansiedad y estrés. El tratamiento consiste en entrenar a los pacientes a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar su expresión emocional, mejorando sus condiciones generales.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilidad de un programa de relajación y Retroalimentación biológica a través del comportamiento de variables fisiológicas (presión arterial y frecuencia cardiaca) en pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis, para disminuir la ansiedad y estrés y con ello favorecer la adaptación del paciente, dotándole de estrategias que le permitan disminuir su malestar emocional y mejorar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra estuvo constituida por ocho pacientes del Hospital Juárez de México diagnosticados con ERCT que se encontraban en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, que supieran leer y escribir. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban problemas auditivos, que se encontraban hemodinámicamente inestables o que fueran volumen dependientes debido a la posibilidad de hacer falsas hipertensiones, así como aquellos que presentaran trastornos psiquiátricos clínicamente observables. Fueron eliminados los pacientes que no concluyeron el programa de intervención o que pasaron a otro tipo de tratamiento sustitutivo.

El diseño utilizado fue de caso único con replicación intrasujeto (también llamado n=1 replicativo) de línea base retrospectiva¹³.

Los instrumentos utilizados fueron el tensiómetro integrado en la máquina de hemodiálisis que monitorea la presión arterial y frecuencia cardiaca de cada paciente, se utilizó una grabación que contenía las instrucciones de la técnica de Relajación por Respiración Profunda (RRP) y Relajación Muscular Progresiva (RMP) la cual fue escuchada por los pacientes a través de un reproductor de audio. Se usó la pantalla de la máquina de hemodiálisis como mecanismo para realizar el biofeedback.

Dentro de los inventarios utilizados se encuentra el de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): desarrollado por Spilberger y Díaz-Guerrero (1975)¹⁴ versión en español, consta de dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones de la ansiedad: 1) Ansiedad- Rasgo, y 2) Ansiedad- Estado, en este estudio sólo se utilizó esta última. La Escala Visual Análoga de Estrés (EVAE) se refiere a un continuo de cero (nada de estrés) a diez (máximo de estrés posible) donde el paciente ubica su nivel de estrés actual.

Inicialmente se le explicó a cada paciente sobre su participación en el protocolo y el objetivo del estudio, de tal manera que decidiera libremente su participación y se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado.

Antes de comenzar con el programa de intervención se le pedía al paciente que contestara los inventarios de evaluación inicial (IDARE, EVAE) y enseguida se tomaba el registro de línea base para determinar las medidas iniciales de presión y frecuencia cardiaca registrada por las enfermeras

previamente en el expediente del paciente, tomando así una línea base retrospectiva de las últimas cuatro sesiones de hemodiálisis antes de la intervención.

El programa constó de ocho sesiones, las cuales se llevaron a cabo en la sala de hemodiálisis del hospital en donde se explicó al paciente el procedimiento a seguir durante la intervención, cada sesión duró aproximadamente treinta minutos. De las ocho sesiones que realizó cada uno de los pacientes, las seis primeras fueron dirigidas a entrenar al paciente en la técnica de relajación, las dos últimas sesiones el paciente realizó la técnica sin apoyo del audio.

Durante el programa de intervención el paciente realizó la técnica Relajación por Respiración Profunda (RRP) y Relajación Muscular Progresiva (RMP) asistida por audio con la integración de RAB. En cada una de las sesiones se realizó el registro de presión arterial y frecuencia cardiaca al inicio, durante y al final de cada sesión (cada 8 min entre una medida y otra). La RAB se proporcionó a través de la variabilidad de la presión y frecuencia cardiaca registrado en el monitor de la máquina de Hemodiálisis.

Finalmente, se realizó la evaluación del programa de intervención con la aplicación del IDARE y EVAE, se analizaron los cambios en las variables fisiológicas (presión arterial y tasa cardiaca) los cuales fueron informados al paciente una vez concluido el programa de intervención.

RESULTADOS

En la presente investigación fueron incluidos un total de ocho pacientes, de los cuales 2 (33.3%) fueron hombres y 4 (66.7%) fueron mujeres. La edad media fue 24.8 años con una desviación estándar de 2.63. La mayoría de ellos eran solteros, 83.3% y 16.7% casados. El 16.7% corresponde a los pacientes con nivel académico primaria, seguido del 50% que corresponde a secundaria y finalmente 33.3% corresponde a licenciatura. En cuanto a la ocupación de los pacientes se observó que un 16.7% tiene empleo y 83.3% no se dedica a ninguna actividad laboral.

Se realizó análisis estadístico no paramétrico con la prueba ANOVA de Friedman colocando la región de rechazo en un nivel de significancia $p \geq 0.05$ para evaluar los datos de presión arterial y frecuencia cardiaca de cada sujeto comparando entre las distintas sesiones contra la línea base, como puede apreciarse en la tabla 1.

PACIENTE	SISTÓLICA		DIASTÓLICA		FREC. CARDIACA	
	X ₂	p	X ₂	p	X ₂	p
1	17.16	.028	16.287	.038	24.74	.002
2	24.369	.002	27.942	.000	20.60	.008
3	26.933	.001	25.819	.001	25.93	.001
4	17.820	.023	24.168	.002	26.920	.001
5	10.096	.258	13.561	.094	22.864	.004
6	25.358	.001	25.600	.001	11.550	.172
7	18.360	.019	19.753	.011	24.052	.002
8	19.061	.015	16.287	.038	25.644	.001

Tabla 1. Análisis de presión arterial y frecuencia cardiaca de sesiones en relación con la línea base prueba ANOVA de Friedman, en donde: X₂ = valor obtenido en la prueba Anova
p = nivel de significancia.

En general, los sujetos disminuyeron sus cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca durante las sesiones de entrenamiento, como puede verse en el gráfico 1 a 8, que muestra los valores de presión sistólica, diastólica y frecuencia cardiaca a los largo de las sesiones y por cada paciente.

Las sesiones 1 a 6 fueron conducidas por una terapeuta, mientras que las sesiones 7 y 8 la relajación fue autoinducida por cada paciente.

Gráfico 1. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 1)

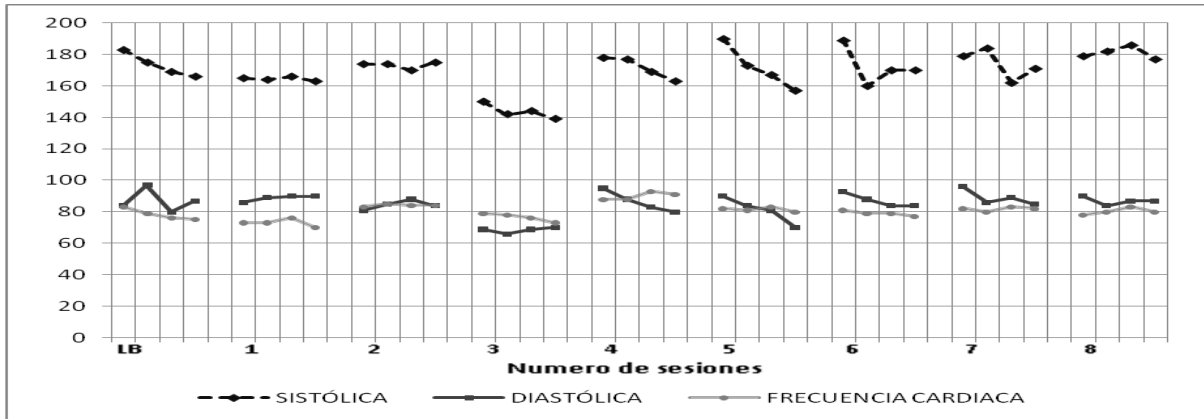


Gráfico 2. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 2)

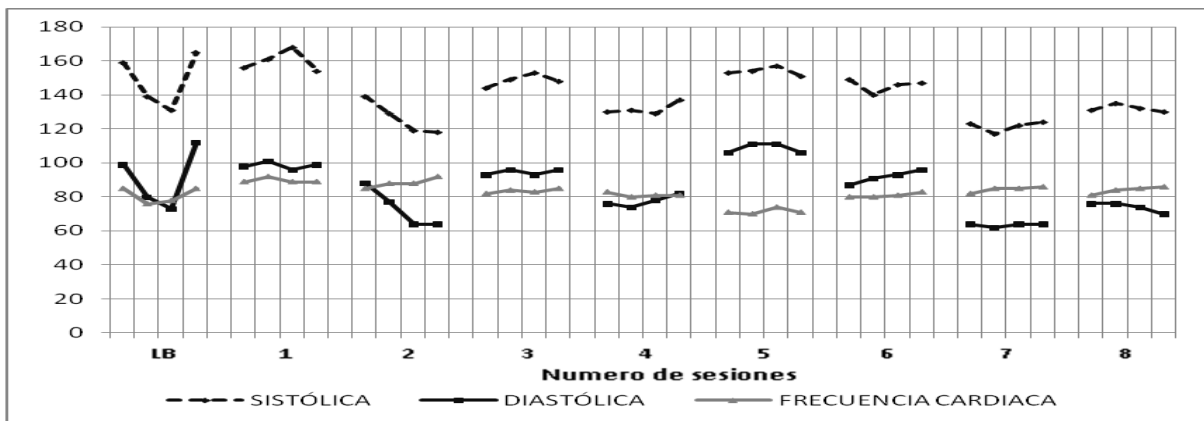


Gráfico 3. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 3)

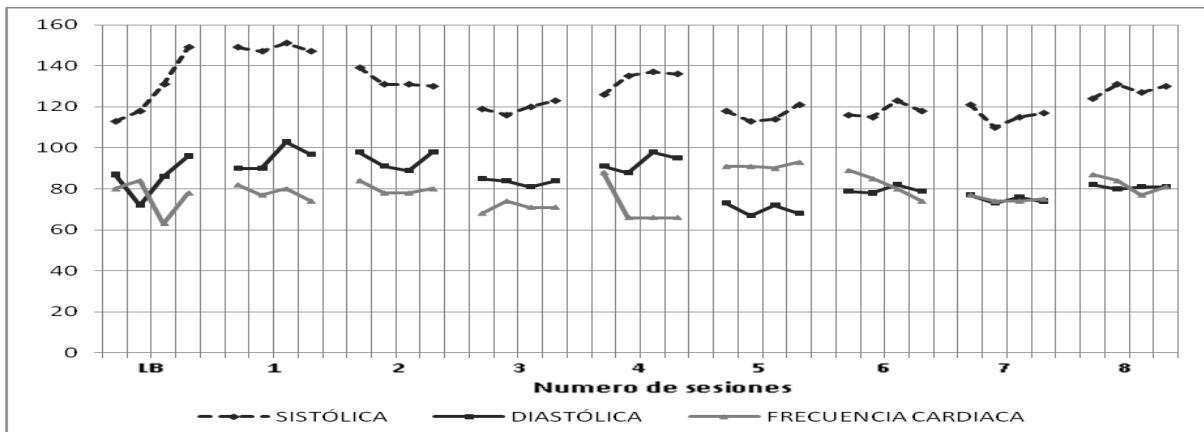


Gráfico 4. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 4)

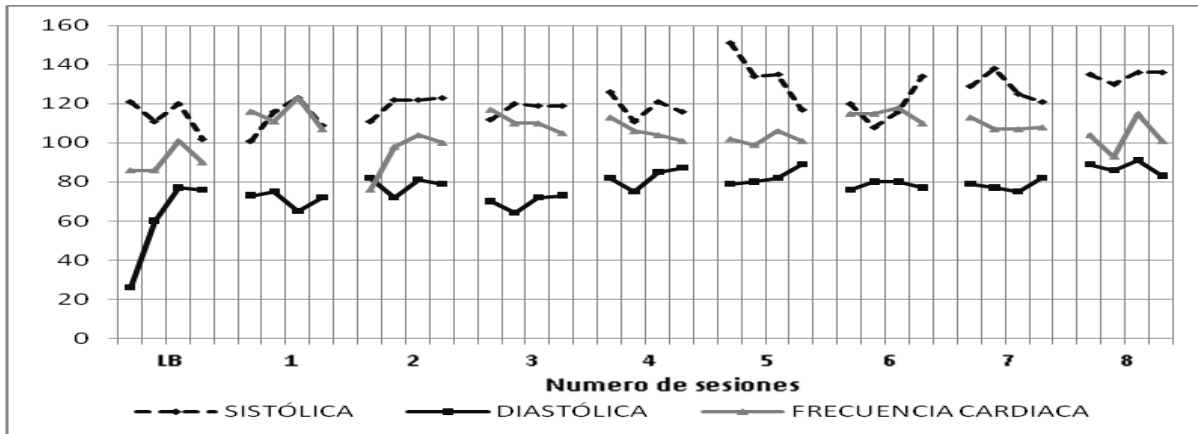
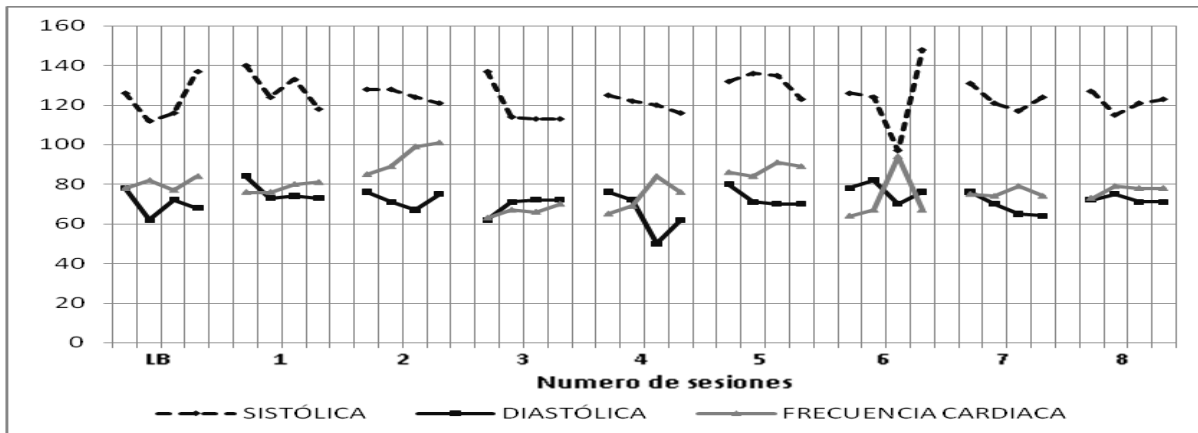


Gráfico 5. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 5)



En la sesión 6 el paciente fue interrumpido súbitamente por una llamada telefónica y se observa un incremento en presión arterial.

Gráfico 6. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 6)

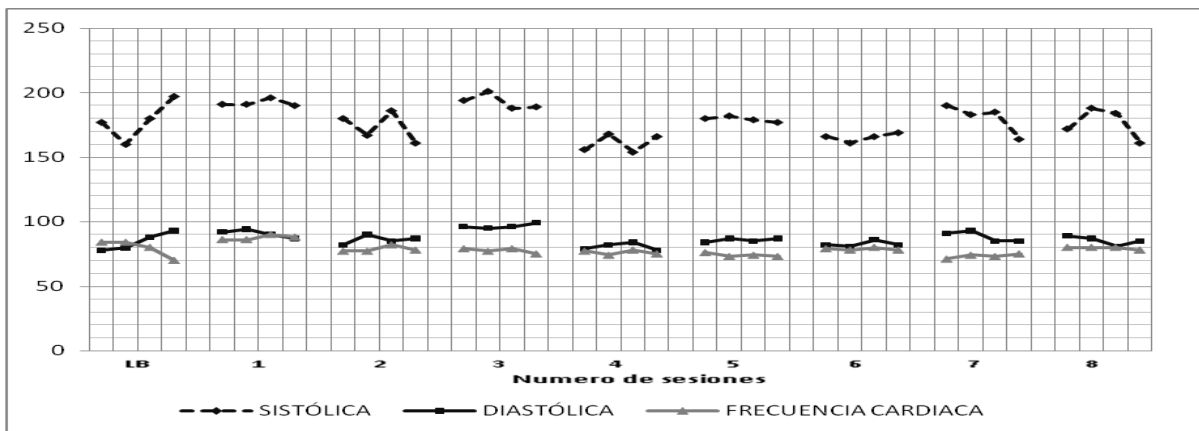


Gráfico 7. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 7)

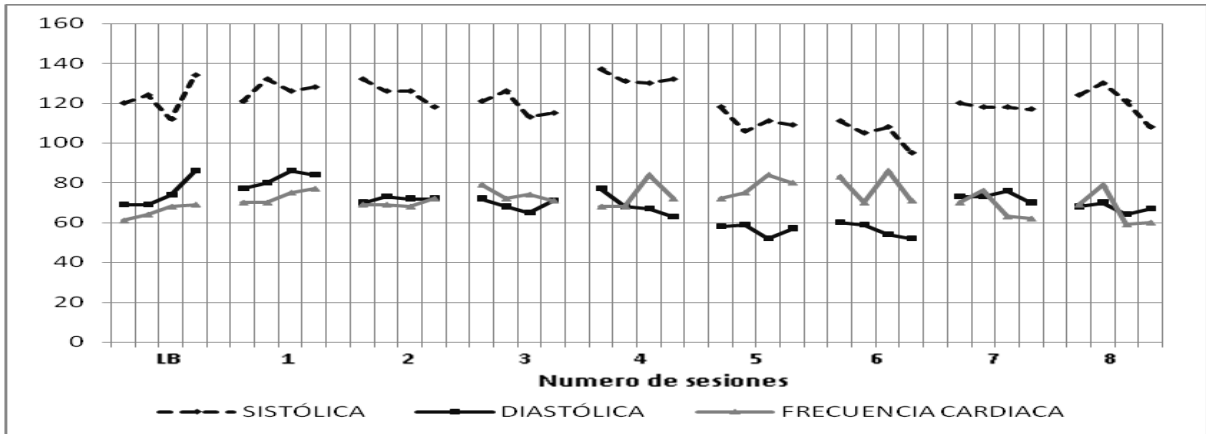
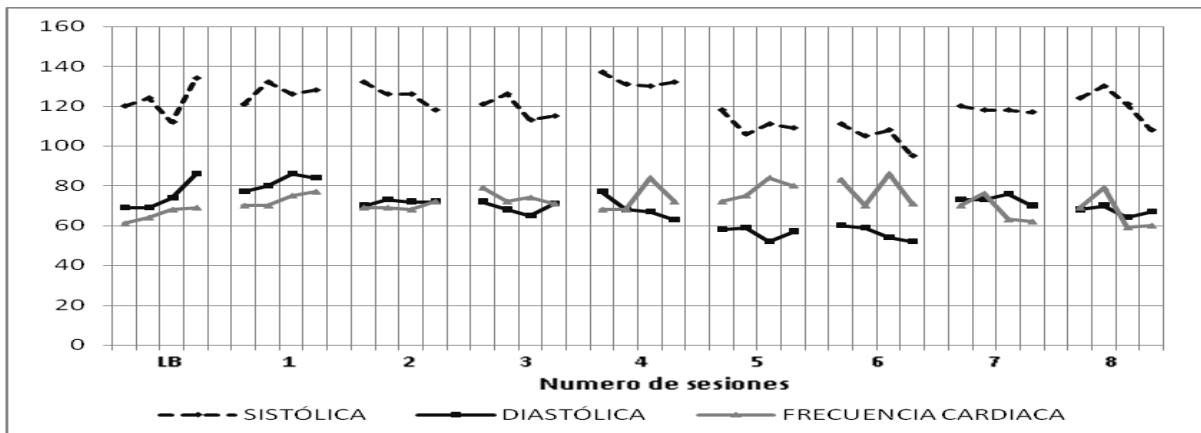


Gráfico 8. Valores de Presión Arterial y Frecuencia cardiaca. (Paciente 8)



Para evaluar las diferencias entre las aplicaciones de los instrumentos psicológicos (IDARE y EVAE) y dado que éstos se encuentran en una escala de rangos, el análisis estadístico se realizó utilizando la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon, que compara las condiciones pre y post tratamiento, colocando la región de rechazo en un nivel de significancia $p \geq 0.05$ obteniéndose menor media en el post tratamiento. La tabla 3 muestra los resultados estadísticos como grupo, mientras que la tabla 4 presenta los resultados por cada sujeto:

	\bar{x}	SD	Z	p
ANSIEDAD PRE	46.88	3.399	2.524	0.012
ANSIEDAD POST	40.50	2.726		
ESTRÉS PRE	3.25	0.886	2.401	0.016
ESTRÉS POST	1.25	0.463		

Tabla 3. Análisis de medias pre y post tratamiento para los inventarios psicológicos IDARE y EVAE en donde \bar{x} = media; SD = desviación estándar; Z = puntajes Z; p = significancia.

Paciente	ANSIEDAD		p
	ANTES	DESPUES	
1	42	38	0.046
2	42	40	0.157
3	46	42	0.046
4	48	41	0.008
5	47	46	0.317
6	50	40	0.002
7	49	37	0.001
8	51	40	0.001

Tabla 4: Resultados de la aplicación del inventario de ansiedad IDARE estado. Se presentan los valores de ansiedad ANTES y DESPUES, así como el nivel de significancia de la prueba de Wilcoxon.

El gráfico 2 muestra las variaciones de puntaje en la prueba psicológica de ansiedad IDARE. Como puede apreciarse, existen reducciones de puntaje en los sujetos al final del tratamiento.

El gráfico 3 muestra los cambios de niveles de estrés, antes y después del tratamiento para cada uno de los pacientes. Al igual que en el caso de la ansiedad, existe reducción del puntaje en los sujetos al final del tratamiento.

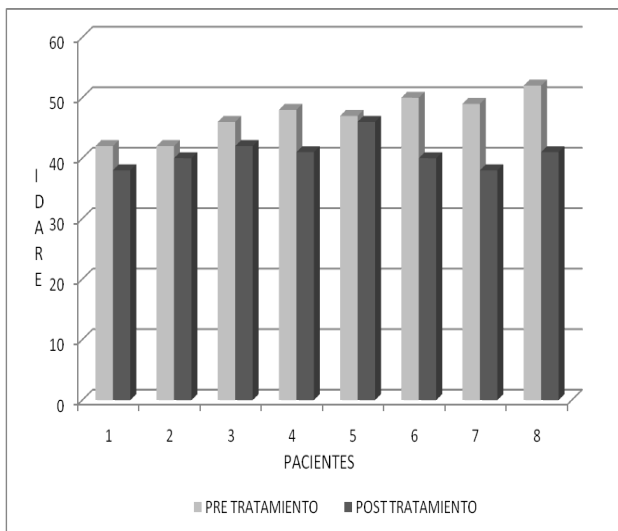


GRAFICO 2. ANSIEDAD ESTADO. Diferencias en puntuaciones de ansiedad-estado evaluadas con el inventario IDARE.

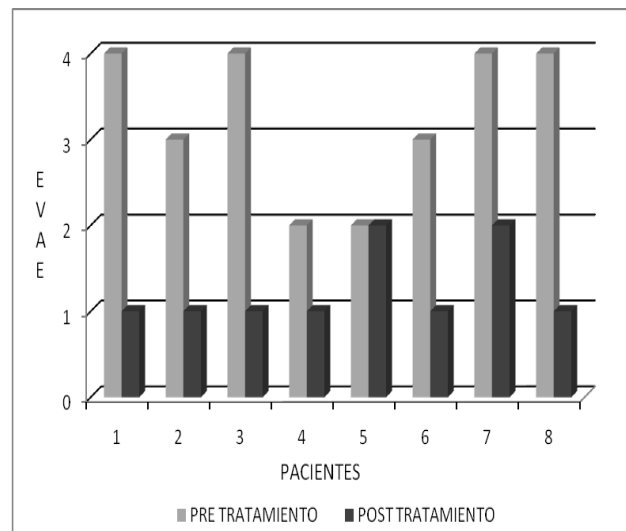


GRAFICO 3. UNIDADES SUBJETIVAS DE ESTRÉS. Diferencias en puntuación de Estrés evaluado con EVAE.

DISCUSION

Uno de los objetivos principales en las intervenciones psicológicas en el proceso de la enfermedad es ayudar a que los pacientes utilicen sus recursos para enfrentarse adecuadamente con los sentimientos negativos que acompañan a ésta. Entre estos métodos se encuentran una gran variedad de técnicas psicológicas (cognitivo-conductuales) y entre ellas, de las que más se han investigado y probado su eficacia es el entrenamiento en relajación (Sánchez-Román S, 2006).

En esta investigación los resultados muestran diferencias significativas en las medidas de presión arterial y frecuencia cardiaca al principio y al final del tratamiento, durante el estado de relajación, hallazgo que confirma lo encontrado en otras investigaciones (Monfrans, 1990; Roman et al, 2002; Domínguez y Olvera, 2002; Takaki, 2003; Moreno et al, 2006). Los seis pacientes estudiados mostraron cambios significativos en al menos una de las variables fisiológicas estudiadas, lo cual corrobora datos encontrados y reportados por otros autores. El decremento en estas variables como consecuencia de un estado de relajación profunda inducido por la terapeuta, es referida como una respuesta incompatible con la ansiedad, en donde un entrenamiento adecuado en estas técnicas logra reducir ansiedad y estrés en los pacientes, aumentando la capacidad de enfrentamiento activo y la sensación de bienestar. El entrenamiento se llevó a cabo en un contexto hospitalario de relativo aislamiento y calma; cada paciente siguió las instrucciones de la cinta de audio, aprendió a relajarse y tuvo señales biológicas para retroalimentar su aprendizaje. La segunda parte suponía el que cada paciente lograra la relajación sin instrucciones y sin la presencia de señales biológicas, condición que se logró según lo demuestran las reducciones de las cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca. La tercera parte supone que la relajación debe ser utilizada por cada uno de los pacientes entrenados como una habilidad de enfrentamiento a los distintos eventos estresantes que se presentarán inevitablemente en el transcurso de su enfermedad. Cada paciente debe generalizar lo aprendido y a la vez discriminar las situaciones en las cuales podría utilizar esta estrategia.

Este estudio supone que el entrenamiento llevado a cabo habilitará al paciente en la regulación voluntaria de variables fisiológicas como presión arterial y frecuencia cardiaca, que le permite observar control sobre cuestiones no tangibles de su enfermedad y que puede ayudarle a mejorar o mantener estable su ya deficiente salud física y mental dotándole de estrategias que le permitan disminuir su malestar emocional y mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la efectividad del programa de intervención se observan diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre – post en las escalas de ansiedad y estrés, de esta manera los resultados muestran que el programa implementado disminuyó la sintomatología reportada por los pacientes al inicio del tratamiento. Cabe mencionar que ésta no es la única ocasión en donde las técnicas cognitivo conductuales (en este caso relajación combinada con biofeedback) resultan eficaces para disminuir ansiedad y estrés en los pacientes. La reducción de ansiedad resulta importante en el manejo psicológico de los pacientes renales debido a que al disminuirla se puede entonces, echar mano de otros recursos terapéuticos que ayuden al paciente a tener una mejor y adecuada adaptación a su enfermedad.

A partir de los resultados presentados se puede concluir que el programa resultó eficaz para los pacientes que participaron en este estudio, sin embargo la generalización de este estudio es limitada debido al número y al carácter voluntario de los sujetos que conformaron la muestra, por ello se proponen estudios posteriores en donde se cuente con un número mayor de sujetos y se lleven a cabo los procedimientos de muestreo apropiados, además de contar con un grupo control que evidencie los resultados de manera más sólida.

Finalmente, es importante hacer notar que se necesita cada vez más de las aplicaciones de la Medicina Conductual en el ámbito hospitalario, hasta lograr que este tipo de intervenciones se desarrollen de forma habitual en los centros de salud, de tal manera que los pacientes logren disminuir su malestar emocional y aumentar sus estrategias de enfrentamiento si padecen alguna enfermedad crónico degenerativa.

Resumen

El reporte de experiencia profesional que a continuación se presenta, contiene diversos apartados, el primero de ellos describe el protocolo de investigación llevado a cabo durante el periodo de residencia para intervención psicológica en pacientes con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis con técnicas cognitivo conductuales como biofeedback y relajación, el segundo describe el contexto bajo el cual se desarrolla la Residencia en Medicina Conductual, posteriormente se describen las actividades académicas llevadas a cabo durante el primer y segundo año de residencia. Finalmente se mencionan las diversas actividades de práctica supervisada desarrolladas en el escenarios hospitalario tales como: actividades de formación profesional, actividades de supervisión, actividades de investigación, todas bajo el marco teórico cognitivo conductual. El primer y segundo año de residencia se llevaron a cabo en el Hospital Juárez de México, dentro del servicio de Nefrología, en el cual se tuvo como objetivo brindar atención psicológica a pacientes con Enfermedad Renal Crónico Terminal (ERCT) durante diversas fases de la enfermedad como: recién diagnóstico, hospitalización, tratamiento y fase terminal, durante el primer año se realizaron 377 intervenciones y 480 durante el segundo año.

INTRODUCCIÓN

Tomando como inicio el tema de la enfermedad, es importante mencionar su contraparte, es decir, la salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define de la siguiente manera, englobando tres factores: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 2002).

En tiempos pasados, se tenía la idea errónea de que el profesional especializado en mantener la salud así como “devolverla” era única y exclusivamente el médico, donde el modelo de salud reduccionista del ser humano, tenía que ver básicamente con restablecerle la salud a un sujeto, como si habláramos de “repararlo” realizando cirugías o limpiezas bucales. Además, los costos por obtener este tipo de atención resultan ser altos y en resumen, la visión de una gran parte de la población, es que este modelo es la única forma de evitar y tratar la enfermedad, por lo que es primordial encontrar alternativas que permitan mantener la salud en mucha gente y con inversiones menores. Con relación a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) menciona la importancia de trabajar en la Atención Primaria a la Salud, así como en la formación y consolidación de trabajo multidisciplinario, por lo que, la salud, no es un ámbito exclusivo de los médicos.

La Medicina Conductual aparece tomando principios básicos del Análisis Conductual Aplicado y la Terapia Cognitivo Conductual que han tenido amplia aplicación en contextos educativos, clínicos y psiquiátricos y que permitieron el establecimiento de un área dedicada al tratamiento, rehabilitación y sobre todo a la prevención. Si bien es cierto, que la Medicina Conductual es un área que inició sus trabajos de investigación a fines de los 60's (Reynoso, Tron y De la Torre, 2004), en estos momentos tiene una singular relevancia en el sector salud sobre todo a nivel preventivo, ya que detectar los problemas de salud en el tiempo adecuado es mejor que curarlos.

Muchos profesionales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros, tratan de explicar la enfermedad una vez que se ha presentado; a diferencia del profesional en Medicina Conductual, que ha intervenido en diversas enfermedades crónicas, relevantes en nuestra sociedad, donde se han encontrado relaciones entre conductas cotidianas (estilos de vida) y el surgimiento posterior de la enfermedad, tal es el caso del cáncer, diabetes, enfermedades gastrointestinales, respiratorias y cardiovasculares. Teniendo en cuenta dicha relación, los especialistas en medicina conductual están capacitados para realizar cambios en el estilo de vida de los sujetos especialmente en condiciones de estrés; además, intervienen en: a) sujetos aparentemente sanos, donde es necesario educar y fomentar prácticas saludables que no favorezcan la presencia de enfermedad; b) prevenir la aparición de la enfermedad en sujetos aparentemente sanos pero identificados como sujetos en riesgo y c) sujetos que se encuentran padeciendo enfermedades crónicas de alto impacto social.

La contribución del residente en medicina conductual dentro del ambiente hospitalario es que puede realizar aportaciones significativas al sector salud, quien es el encargado de preservar la salud de la población mexicana y, a la Medicina Conductual para seguir avanzando e implementando técnicas que permitan a los individuos modificar su estilo de vida como una manera de decrementar la mortalidad en el país y por otro lado mejorar la calidad de vida de aquellos individuos que presentan enfermedades crónicas.

Por lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el programa operativo de la residencia, como requisito para obtener el diploma o grado, se presenta el Reporte de Experiencia Profesional dentro de las Instituciones hospitalarias que abarca el periodo 2006 – 2008.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

NEFROLOGÍA

Características de la Sede

En México la organización de los servicios de salud está dividida en tres niveles de atención. El primero está constituido por los centros de salud y las unidades de medicina familiar, en donde se ubican la mayor parte de los problemas de salud. El segundo nivel ofrece internamiento y consulta, por medio de los hospitales generales. Y por último, el tercer nivel de atención de subespecialidades.

Las causas de enfermedad y mortalidad en el país son susceptibles de prevención y control con intervenciones interdisciplinarias en donde se ubican diversos especialistas que contribuyen al mejoramiento de la salud de los pacientes, entre ellos se ubica al psicólogo en medicina conductual.

Dentro de cada nivel de atención, el psicólogo en medicina conductual, basándose en intervenciones breves de corte cognitivo conductual, se convierte en un agente útil y oportuno en salud pública debido a que contribuye al logro y mejoramiento de los objetivos de trabajo médico influyendo como parte de la asistencia y tratamiento, en la adherencia a los tratamientos, la preparación psicológica para intervenciones invasivas, el manejo de dolor crónico, el enfrentamiento de una enfermedad incurable y el manejo de depresión y ansiedad en los pacientes hospitalizados, así como en pacientes de recién diagnóstico.

Ubicación de la sede

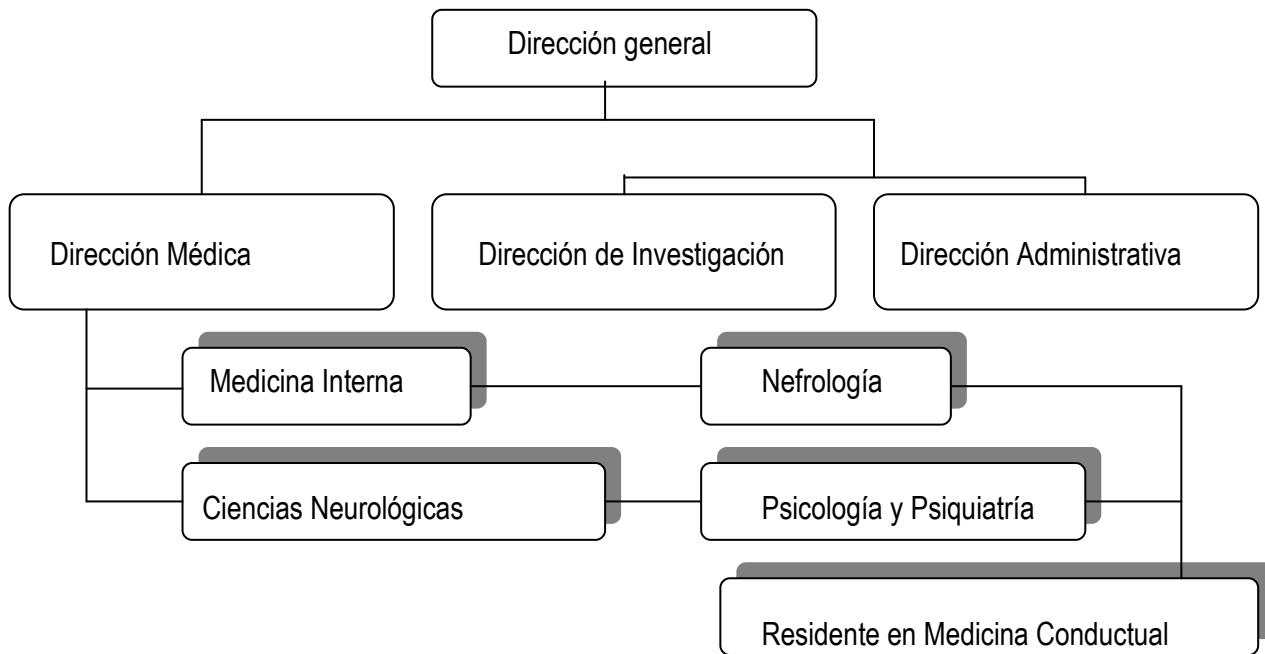
El Hospital Juárez de México es nombrado así en honor a Benito Juárez, un día después de su muerte se hizo la propuesta de que lo llamaran así, es una institución considerada de tercer nivel de atención, se encuentra ubicado en Av. Politécnico Nacional 5160 en la colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 en la ciudad de México, DF.

Está considerado como un hospital de tercer nivel debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades, entre ellas Nefrología.

Autoridades

Como parte de la división de neurociencias se encuentra el servicio de psiquiatría y psicología del hospital, por parte del servicio de psicología las autoridades son el Jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología cuya función es ser supervisor In Situ, en el área académica existe un supervisor académico quien tiene como función importante cubrir las necesidades académicas de los residentes dentro del hospital y el Tutor Académico de quien depende directamente nuestra formación. Por parte del servicio de Nefrología la Jefa del servicio quien supervisa que las necesidades psicológicas de los pacientes sean cubiertas. (Ver Fig 1.)

Fig. 1 Organigrama del Hospital Juárez de México



Cabe mencionar que para el segundo periodo de residencia el servicio de Psiquiatría y Psicología depende de la división de Medicina Interna.

Ubicación del residente

Fui asignada al servicio de Nefrología, el cual está formado por un jefe de servicio, tres médicos adscritos, dos jefas de enfermeras en hemodiálisis y DPCA (Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria) respectivamente, dos enfermeras en consulta externa, una trabajadora social, y en este periodo un residente en medicina conductual. El servicio cuenta con 19 camas censables en el tercer piso del Hospital, el área de Nefropediatría ubicada en el cuarto piso que cuenta con seis camas y finalmente la unidad de hemodiálisis en la planta baja, que cuenta con nueve riñones artificiales y donde fui asignada únicamente debido a la falta de recursos humanos en psicología para cubrir las necesidades del servicio.

Evaluación del servicio.

Al iniciar las actividades en el área hospitalaria dentro del servicio de Nefrología se encontró un servicio estructurado con actividades claras a desempeñar por el residente en Medicina Conductual, mencionadas en apartados posteriores, sin embargo en lo que respecta al manejo de grupos se realizaron cambios técnicos referentes a la forma de captar a los participantes, en donde se contó con el apoyo de trabajo social para citar a los familiares de los pacientes hospitalizados de manera que asistieran al grupo de manera más formal que con sólo invitación como se venía realizando anteriormente, de esta manera se logró que no sólo asistieran dos personas por sesión sino alcanzar hasta un máximo de 13 personas interesadas en dicha actividad.

Además se modificó el modo de realizar notas médicas en los expedientes a petición del Jefe de Servicio quien se interesó por optimizar el tiempo, permitiendo realizar un formato de nota psicológica por el residente que permitiera utilizar menor tiempo en la realización de éstas y así atender necesidades del servicio. Este formato fue aprobado por el equipo multidisciplinario de trabajo en el servicio en una reunión de trabajo.

Actividades diarias.

Visita a piso: la visita se realiza los días lunes y viernes de manera general en piso y la unidad de hemodiálisis donde asisten los especialistas del servicio y diariamente sólo con el médico adscrito encargado de piso, donde el residente en medicina conductual atiende aquellos pacientes que necesiten el servicio o que el médico o algún otro especialista de la salud refiere alguna problemática de tipo psicológico en ellos.

Consulta externa: se ofrece atención psicológica (en el consultorio asignado por el jefe de servicio) a pacientes y familiares que presentan desajustes emocionales relacionados con la presencia de la enfermedad, esta actividad es llevada a cabo los días miércoles y jueves de cada semana en un horario de 11:00 a 14:00 hrs. Durante el segundo año la consulta externa se cambió en día miércoles y viernes debido a la disponibilidad del consultorio.

Atención psicológica a pacientes hospitalizados: durante el primer año donde sólo se asignó un residente se decidió en acuerdo con el jefe de servicio dar atención psicológica en hospitalización a requerimiento del servicio, principalmente urgencias. En el segundo año se asignó otro residente al servicio el cual fue designado al área de hospitalización y mi permanencia para el segundo periodo fue asignado en función del protocolo de investigación.

Atención en la unidad de Hemodiálisis: Fui asignada especialmente a esta unidad por carencia de recursos humanos y necesidades propias del servicio. En la unidad de hemodiálisis se proporciona atención psicológica a aquellos pacientes que se encuentran en este tratamiento sustitutivo que presentan déficit en adherencia al tratamiento o trastornos afectivos como ansiedad o depresión, intervención en crisis ante procedimientos médicos invasivos, manejo de estrés, entre otros, además mi permanencia en esta área estuvo en función del seguimiento de protocolo de investigación.

Atención a familiares de pacientes con IRCT:

Los días martes el residente en Medicina Conductual coordina un grupo de Psicoeducación, en el cual se exponen temas de interés para los familiares de los pacientes en hospitalización referente a la enfermedad, ya que se identifican diversas deficiencias en la comprensión de la información sobre la IRCT, este grupo es abierto debido a que cada semana se ingresan nuevos pacientes a hospitalización por lo que los integrantes del grupo cambian constantemente, se lleva a cabo con la colaboración del personal de salud del servicio con los siguientes temas organizados de la siguiente manera:

1. ¿Qué es la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT)?

Dra. Socorro Vital (Jefe del servicio de Nefrología)

2. Criterios de ingreso a Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

Enf. Yolanda Calva

3. Nutrición del paciente renal.

Nut. Marisol Moreno

4. Condiciones sociales para el ingreso a DPCA

T.S. María Elena Rojas

5. Control del estrés

6. Expresión de emociones.

7. Calidad de vida.

8. Solución de Problemas.

R-1 MC. Psic. Isabel Vázquez Mata

Sesión semanal con el personal de salud: Los jueves se realiza una junta general en el servicio para comentar situaciones importantes con los pacientes durante la semana. Donde el residente en Medicina conductual expone frente al equipo de salud el trabajo realizado con los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis.

Durante el segundo año las sesiones del jueves se suspendieron a requerimiento del servicio.

En la tabla 1 se presenta la distribución de actividades diarias del residente en Medicina Conductual del servicio de Nefrología.

**Tabla 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
SERVICIO: NEFROLOGÍA
RI. MC. ISABEL VÁZQUEZ MATA**

HORA / DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 - 9:00	VISITA GRAL	PASE VISITA	PASE VISITA	SESIÓN BIBLIOGRÁFICA DR. GALLARDO	VISITA GRAL
9:00 - 10:00	VISITA HEMO	VISITA HEMO	VISITA HEMO	VISITA HEMO	VISITA HEMO
10:00 - 11:00	HEMODIALISIS	CLASE : DR. GALLARDO	REVISIÓN DE CASO	JUNTA: DRA. VITAL	HEMODIALISIS
11:00 - 12:00	HEMODIALISIS	ORGANIZACIÓN GRUPO	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	SUPERVISIÓN ACADEMICA
12:00 - 13:00	HEMODIALISIS	GRUPO DE	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	
13:00 - 14:00	HEMODIALISIS	NEFROLOGÍA	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	HEMODIÁLISIS

NOTA: SE DA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PISO A REQUERIMIENTO DEL SERVICIO O DEBIDO A URGENCIAS.

Durante el segundo año de residencia se presentaron cambios administrativos entre los cuales se destacan los siguientes:

Se contrataron dos médicos nefrólogos más y el servicio de Psicología pasó a formar parte de la División de Medicina Interna, así mismo se integró a finales de año un residente de Medicina conductual de primer año, el cual fue asignado al área de hospitalización del servicio.

Estadísticas primer año de residencia. Marzo 2006 – Febrero 2007.

A continuación se muestra el número de intervenciones que se llevaron a cabo durante el primer año de residencia teniendo un total de 377 pacientes atendidos de los cuales se muestra la distribución por sexo y el tipo de sesión. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes atendidos por sexo y por tipo de sesión.

Hombre	139	36.9%	Primera vez	170	45.1%
Mujer	238	63.1%	Subsecuente	207	54.9%
Total	377	100.0%	Total	377	100.0%

Generalmente la atención psicológica es enfocada a población adulta, sin embargo se dio atención a pacientes desde 6 a 72 años con una media de 30.89, mencionándose la IRCT como primer padecimiento o bien como complicación de otras enfermedades. (Ver gráfico1)

De acuerdo con el Manual de Diagnósticos Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, se realizó la asignación de los trastornos afectivos para los pacientes atendidos encontrando trastornos del estado de ánimo, generalmente depresión, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y otros problemas de atención clínica en donde incluí problemas en adherencia al tratamiento, negativa a la aceptación de tratamiento. (Ver Gráfico 2).

Gráfico 1. Casos atendidos distribuidos por diagnóstico médico.

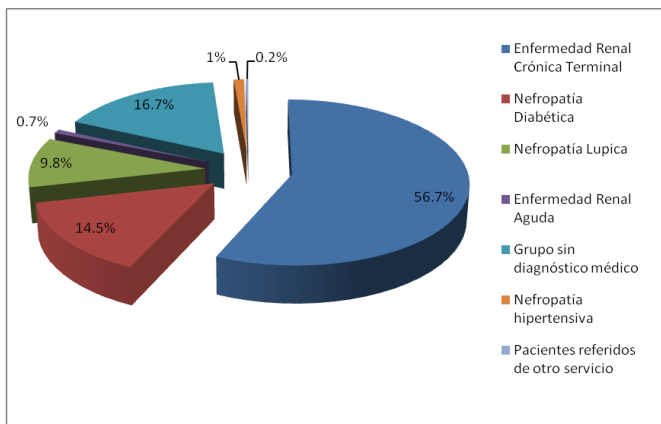
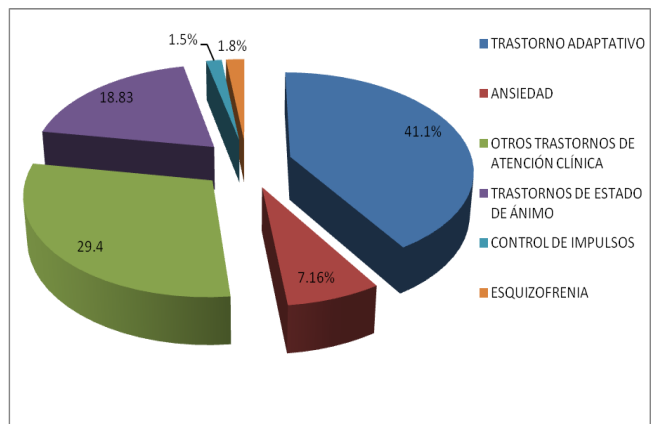


Gráfico 2. Trastornos identificados en los pacientes de acuerdo al DSM-IV-TR



Por otra parte, la intervención psicológica se determinó de acuerdo al formato de registro de productividad en donde se clasifica el tipo de intervención realizada en los pacientes, en el Gráfico 3 se muestra el tipo de intervención realizada durante el primer año.

La terapia de apoyo se proporcionó en el 66.5% de los casos, entendiendo ésta como una serie de técnicas psicológicas que van desde la empatía con el paciente, la validación de sentimientos, la reestructuración de creencias y pensamientos irracionales, aplicación de técnicas de relajación, manejo de contingencias, así como solución de problemas y toma de decisiones, entre otras. La intervención en crisis realizada en general a los pacientes ante el diagnóstico o algún evento estresante secundario al propio padecimiento. La evaluación y la historia clínica se realizaron a pacientes en consulta externa.

Finalmente, en el Grafico 4 se presenta el porcentaje de productividad mensual de pacientes atendidos durante el primer año, notándose una disminución en la productividad al final del año, lo cual corresponde con el estado físico y emocional del residente como consecuencia del exceso en trabajo asistencial y académico durante este periodo.

Grafico 3. Tipo de intervenciones realizadas con los pacientes atendidos.

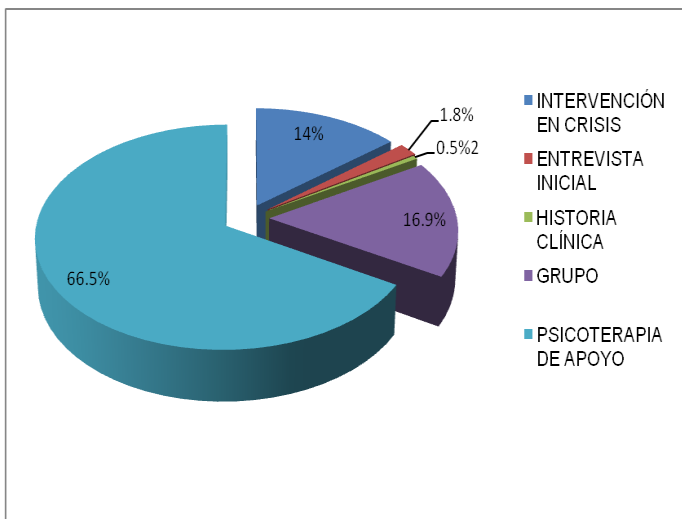
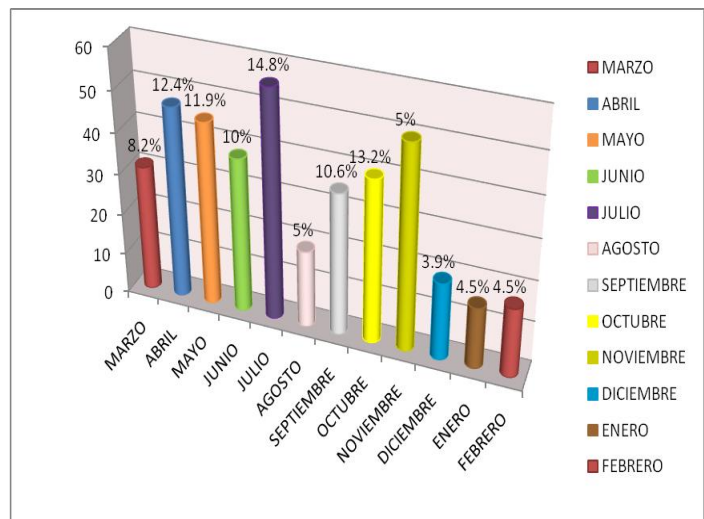


Grafico 4. Productividad por mes de pacientes atendidos. Marzo 2006 a Febrero 2007



Estadísticas segundo año de residencia. Marzo 2007 – Febrero 2008

A continuación se muestran las estadísticas que corresponden al número de intervenciones que se llevaron a cabo durante el segundo año de residencia teniendo un total de 480 pacientes atendidos de los cuales se muestra la distribución por sexo y el tipo de sesión. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes atendidos por sexo y por tipo de sesión.

Hombre	215	44.7%	Primera vez	107	22.3%
Mujer	265	55.3 %	Subsecuente	373	77.7%
Total	480	100.0%	Total	480	100.0%

Durante este periodo la atención fue dirigida a población adulta teniendo en cuenta que los residentes asignados a Nefropediatría tenían seguimiento con los niños que iniciaban tratamiento de Hemodiálisis, sin embargo se dio atención en crisis. Se atendieron 480 pacientes con edades entre 10 y 80 años teniendo una media de 40.5. Observando la ERCT como una enfermedad con aproximadamente dos casos nuevos por semana, teniendo así 42.7% de aquellos que fueron diagnosticados con ERCT de causa indeterminada, muchos de estos casos corresponden a pacientes quienes llegan al hospital en malas condiciones y en etapa terminal de la enfermedad en donde médicamente ya no es posible realizar biopsia renal que explica la etiología del padecimiento. Así mismo, la nefropatía diabética se encuentra en segundo lugar de ERCT que corresponde con estadísticas globales en donde se menciona a la diabetes como primera causa de ERCT. Siguiendo con otros padecimientos que de igual manera tienen una repercusión importante en la función renal. (Ver Gráfico 5).

En relación con el Manual de Diagnósticos Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, el cual es una herramienta útil para elaborar diagnósticos se presentan las estadísticas correspondientes al tipo de trastornos más frecuentes en el paciente renal. En primer lugar tenemos trastornos del estado de ánimo, generalmente depresión, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y otros problemas de atención clínica en donde incluí problemas en adherencia al tratamiento, negativa a la aceptación de tratamiento. (Ver Gráfico 6).

Grafico 5. Casos atendidos distribuidos por diagnóstico médico.

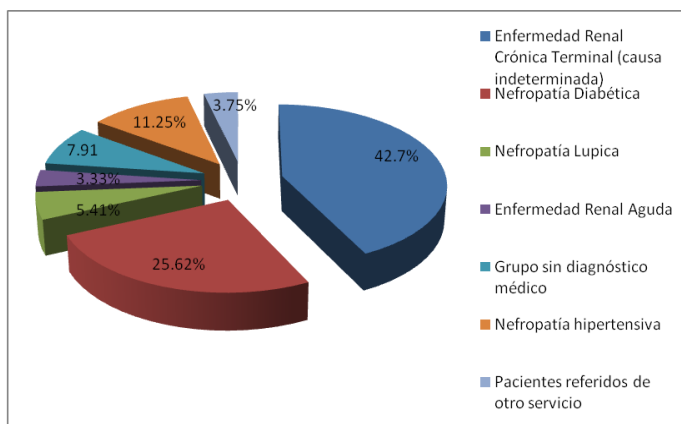
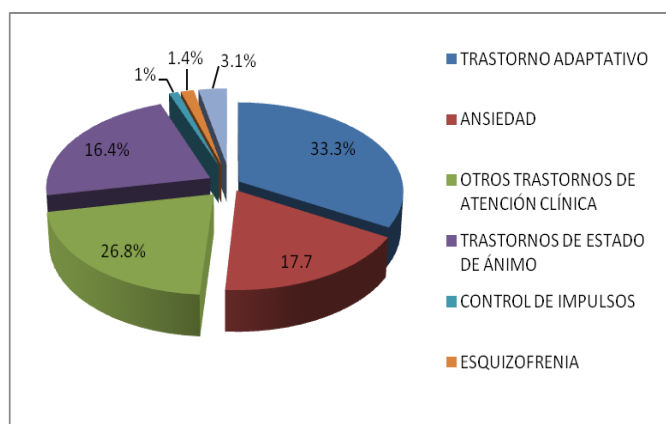


Grafico 6. Trastornos identificados en los pacientes de acuerdo al DSM-IV-TR.



A continuación se muestra la psicoterapia de apoyo como el tipo de intervención que se usa con más frecuencia, cabe mencionar que en el área de hemodiálisis la posibilidad de dar seguimiento al paciente aumenta debido al tipo de tratamiento médico que el paciente se encuentra cautivo. La psicoterapia de grupo es una actividad que es funcional para los familiares que asisten con la finalidad de encontrar información y resolver dudas acerca de la enfermedad de su paciente además de expresar sus necesidades emocionales que en la mayoría de las ocasiones son desadaptativas. La intervención en crisis se atendió ante eventos estresantes que se presentaban al paciente o al cuidador primario tales como: colocación de catéter Mahurkar utilizado como acceso vascular para el procedimiento de hemodiálisis el cual genera dolor, recién diagnóstico de ERCT, aceptación de catéter para diálisis peritoneal, biopsia renal, hipotensión, muerte del paciente, falta de recursos económicos, entre otros. (Ver Grafico 7).

Finalmente, en el Grafico 8 se presenta el porcentaje de productividad mensual de pacientes atendidos durante el segundo año (Marzo 2007 – Febrero 2008), que a diferencia del primer año la productividad se nota más homogénea asociándose en este caso probablemente a la descarga de actividades académicas fuera del hospital.

Grafico 7. Tipo de intervenciones realizadas con los pacientes atendidos.

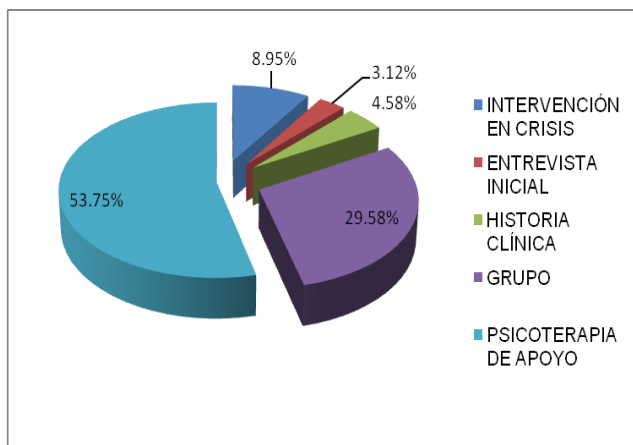
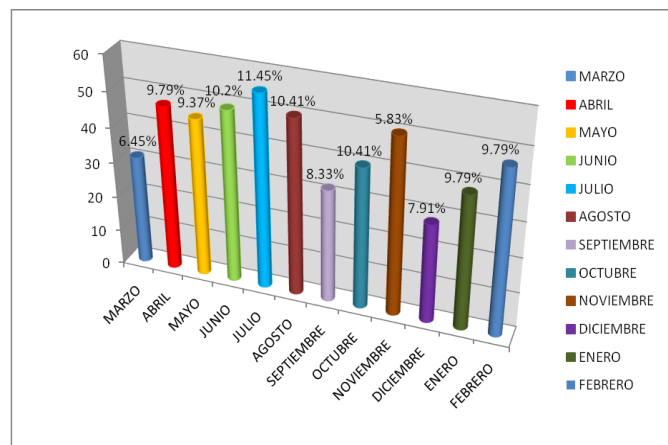


Grafico 8. Productividad por mes de pacientes atendidos. Marzo 2007 a Febrero 2008.



ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DEL HOSPITAL

Sesiones de psicología: son actividades realizadas dos veces por semana en dos modalidades:

- 1) La presentación de casos clínicos y su terapéutica, en el cual participan el Jefe de Servicio de Psicología, Medicina Conductual y los psicólogos adscritos al servicio. (Ver apéndice 1).
- 2) La revisión bibliográfica de artículos de intervención cognitivo conductual en trastornos del DSM-IV. En este espacio académico realicé tres exposiciones con los temas: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Facticio y, Biofeedback y relajación en pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis (protocolo de investigación).

Actividades de investigación: Protocolo sobre biofeedback y relajación en pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis: una intervención cognitivo – conductual con el siguiente numero de registro en el hospital HMJ1304/06.11.02.

Supervisión académica: Los días viernes nos reunimos con la supervisora académica donde de manera general las actividades son las siguientes:

- Discusión de casos clínicos.
- Sesiones bibliográficas.
- Elaboración del reporte de experiencia profesional.
- Supervisión del protocolo de investigación.

Durante el segundo año de residencia la supervisión académica se realizo los días Lunes de cada semana.

Otras actividades: Participé como ponente invitado en diferentes cursos como parte de la contribución del residente en Medicina Conductual al equipo de salud. Los cursos donde participe como profesor invitado se enlistan a continuación en orden cronológico:

1. HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO: Primer Curso de Hemodiálisis dirigido a médicos y enfermeras organizado por el servicio de Nefrología con el tema: **“Estrés en el cuidador primario del paciente renal”** llevado a cabo del 15 al 19 de mayo de 2006.
2. Hospital General de Atizapán “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER-CHRYSLER” con los temas: **“Manejo de emociones en el persona de salud” (Dinámica de Grupo)** y **“Estrés en el cuidador primario del paciente con ERCT”**. Llevado a cabo el 08 de Septiembre de 2006.
3. HOSPITAL REGIONAL TULA TEPEJI. I curso taller: Enfermedad Renal y sus alternativas de tratamiento con los temas: **“Estrés y ansiedad en el paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal”**, **“Perfil de la enfermera en la atención del paciente con Insuficiencia Renal”** y **“Manejo de emociones en el personal de salud”**. Llevado a cabo el 30 de Marzo de 2007.
4. HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO. Curso taller: Dialisis y Hemodialisis con los temas: **“Estrés y ansiedad en el paciente renal”**, **“Manejo de emociones en el personal de salud”** y **“Perfil de la enfermera en la atención del paciente renal”**. Llevado a cabo el 06 de Julio de 2007.
5. CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA. **“Biofeedback y relajación en pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis”**. Llevado a cabo en la ciudad de Hermosillo- Sonora, Mex, del 23 al 25 de Octubre de 2007.
6. HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. Curso: El estrés y la salud en el personal de enfermería con el tema: **“Manejo de emociones en el personal de Enfermería”**. Llevado a cabo el 22 de Febrero de 2008.

Cursos como asistente:

1. **INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.** Primera reunión de Psicología Hospitalaria Pediátrica. Mex. 22 – 24 de Noviembre de 2006.
2. **COLEGIO DE NEFROLOGOS DE MÉXICO.** 3ª Sesión Bimestral 2007: “Síndrome Metabólico y Enfermedad Renal Crónica”. 31 de Mayo de 2007. Centro Médico Nacional SXXI. IMSS
3. **HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO.** Gerencia Dinámica de los servicios de Salud. 27 – 29 de Agosto de 2007.

4. **COLEGIO DE NEFROLOGOS DE MÉXICO.** La Sesión Bimestral 2007-2008: "Insuficiencia Renal en Obstetricia". 29 de Noviembre de 2007.
5. **COLEGIO DE NEFROLOGOS DE MÉXICO.** 1er Curso Sabatino 2008: "Metodología y Bioestadística". Centro Médico Nacional SXXI. IMSS. 26 de Enero, 2, 9, 16 y 23 de Febrero de 2008.

Actividades extraordinarias

Se realizaron actividades como evaluación psicométrica a médicos aspirantes a una residencia en el hospital. Además se realizaron intervenciones al personal de salud (enfermeras) que pedían apoyo psicológico, referidas por personal del servicio o algún familiar del personal de salud.

Actividades académicas en la UNAM

Curso propedéutico

Durante el inicio del curso se llevó a cabo una fase de actividades académicas de tronco común programadas para la formación de alumnos con el objetivo de desarrollar estrategias y habilidades relacionadas con la práctica profesional dentro de hospitales, previas al inicio del curso de residencia. El curso propedéutico tiene como finalidad ofrecer conocimientos acerca del desarrollo histórico de la Medicina Conductual, campos de acción del psicólogo en el ámbito hospitalario, estrés y afrontamiento, depresión, comunicación de noticias, Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva, Anatomía y Fisiología general.

Este periodo de actividades totalmente académicas se cubrió a partir del primer semestre y hasta el segundo semestre reduciéndose a un 50% una vez que se inician las actividades en el área hospitalaria, a continuación mencionaré las asignaturas obligatorias del tronco común así como los productos obtenidos en ellas.

Métodos de investigación aplicada (I y II)

Esta asignatura permitió que se contaran con las bases para la elaboración de protocolos de investigación en el área clínica.

Medición y evaluación (I y II)

En esta materia se logró obtener la capacidad para elaborar instrumentos de evaluación culturalmente relevantes y una primera aplicación de éste. Durante el primer curso se realizó el plan de prueba para la elaboración del instrumento completo denominado "*Construcción y validación psicométrica de un instrumento para medir estilo de vida en médicos*".

La aplicación de éste se llevó a cabo en una muestra de 220 médicos del Hospital Juárez de México para la fase de piloteo, realizando los análisis estadísticos correspondientes, cabe mencionar que la validación del instrumento no fue completada y es un posible punto a retomar por generaciones posteriores.

Posteriormente se realizó un retest con 163 médicos a los que se les aplicó nuevamente el instrumento con la finalidad de estructurar propiedades psicométricas más sólidas que permitan la aplicación del instrumento para investigaciones posteriores.

Teorías y modelos de intervención (I y II)

El objetivo de esta asignatura fue adquirir estrategias y habilidades útiles para la intervención psicológica en escenarios hospitalarios, así como los modelos desde el punto de vista de Medicina Conductual, que ofrece una diversidad de técnicas aplicadas a pacientes con características específicas de enfermedad.

Programa de Residencia en Medicina Conductual I.

El programa de residencia se llevó a cabo con el desempeño y la práctica profesional dentro de las instituciones de Salud como el Hospital Juárez de México como primer rotación, específicamente dentro del servicio de Nefrología, para el segundo año por necesidades del servicio, interés propio y a petición del jefe de servicio con apoyo del coordinador del programa se realizó el segundo periodo de residencia dentro del mismo servicio con la finalidad de llevar a cabo continuidad del protocolo de investigación y estructurar actividades dentro del área de Psicología.

Competencias profesionales alcanzadas

Conocimientos Adquiridos: He aprendido sobre padecimientos médicos (ERCT) y el tratamiento farmacológico mediante la búsqueda de información y la asistencia a sesiones médicas, sobre la evaluación de problemas relevantes en el área de la salud tratando de obtener mediciones que permitan corroborar la eficacia de los programas de intervención, considerando la búsqueda de, por lo menos, la remisión de síntomas, preparación de temas para exposición dirigido al personal de salud y la utilización del conocimiento científico vinculado con la práctica profesional.

Manejo de la entrevista clínica, del expediente clínico, de notas clínicas con formato SOAP, utilización del DSM IV TR para la elaboración de diagnósticos clínicos y psiquiátricos, manejo de instrumentos de evaluación conductual y manejo de diferentes estrategias de intervención en Medicina Conductual como: relajación, solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, juego de roles, técnicas de autocontrol, entre otras.

Experiencia adquirida: el programa de formación me ha permitido establecer el trabajo interdisciplinario en coordinación con otros profesionistas de la salud para la ejecución de una intervención eficaz y abordar al paciente de manera integral. He desarrollado habilidad para la realización de intervenciones breves y la identificación de técnicas adecuadas para resolver problemas psicológicos relacionados con la salud así como el manejo de expedientes médicos y la realización de notas psicológicas. Canalización de casos específicos para otro tipo de intervención.

El experto en Medicina Conductual necesita aprender nuevas habilidades para manejarse dentro del ámbito hospitalario, es así como describo la experiencia obtenida como un aprendizaje acerca de la forma de comportamiento en un escenario diferente, la comunicación con un lenguaje médico y la integración con el equipo multidisciplinario, factores que son de suma importancia debido a que una deficiencia implica un obstáculo para el trabajo que el residente en Medicina Conductual tiene como objetivo fundamental.

Alcances personales: una actitud ética hacia el ejercicio de la disciplina, mostrando respeto, confidencialidad y compromiso con los pacientes, tolerancia y respeto hacia otros enfoques, actitud responsable hacia el ejercicio profesional, valoración de los alcances y limitaciones disciplinarias y personales, asimismo, adaptación al trabajo

profesional bajo condiciones inadecuadas de estructura, aprendizaje acerca de la preparación de pacientes para procedimientos medico invasivos o procedimientos quirúrgicos, manejo de la depresión y miedo causados por la estancia hospitalaria, diferenciación de alteraciones psicológicas causadas por cambios bioquímicos propios de la enfermedad, manejo del dolor crónico, la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, intervención en crisis, adherencia terapéutica y canalización de casos que no son competencia del residente de Psicología.

Evaluación: Sede, Actividades y supervisión

En el servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México donde fui asignada durante el primer y segundo año es importante señalar que el tratamiento psicológico para los pacientes del servicio es llevado a cabo de manera satisfactoria, sin embargo en ocasiones se ha visto interrumpido debido a la poca cooperación del personal de enfermería, aún así la aceptación y la integración con el equipo de trabajo ha sido con un trato cordial, respetuoso y profesional.

Cabe destacar el apoyo del Jefe de servicio derivado de su experiencia con los pacientes y su preocupación por el bienestar físico y psicológico de éstos y que ha favorecido de manera importante la intervención psicológica, reconociendo así la labor del psicólogo como una parte importante del tratamiento multidisciplinario dentro del servicio.

Las limitaciones parecen ser menores y tienen que ver con el área de trabajo, refiriéndome básicamente a las condiciones estructurales de la institución, en donde las intervenciones son llevadas a cabo en sitios inadecuados como pasillos, salas de internamiento, sala de máquinas de hemodiálisis, entre otras, por no contar con el espacio físico y específico para el trabajo de Psicología.

Las actividades desarrolladas en la sede hospitalaria se ven reflejadas en las competencias profesionales alcanzadas.

La supervisión *In Situ* debe considerarse como un aspecto importante en el aprendizaje y la práctica profesional, puesto que es por medio de la retroalimentación que se brinda al desempeño profesional del residente que se logran realizar modificaciones adecuadas y oportunas al trabajo terapéutico con el paciente, teniendo así que la supervisión *in situ* debiera proponer y cuestionar las estrategias utilizadas e implementar nuevas habilidades en el residente para la práctica profesional.

La supervisión académica basada en experiencia previa permite la adquisición de conocimiento teórico para realizar intervenciones adecuadas en el ambiente hospitalario así como sus valiosas aportaciones para la realización de programas de intervención llevados a cabo y la constante actualización sobre investigación en el campo de la Medicina Conductual.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el abordaje psicológico de las enfermedades crónico degenerativas podemos mencionar componentes en su origen y mantenimiento que ya no sólo están determinados por lo que la gente tiene orgánicamente, sino por lo que hace, lo cual resalta la importancia de la intervención de los especialistas en Medicina Conductual en los escenarios hospitalarios.

Las intervenciones de corte cognitivo conductual son estrategias que en el ambiente hospitalario resultan ser efectivas y que permiten acciones de valoración e intervención breve, rápida y eficaz para la atención de las pacientes que sufren problemáticas psicológicas secundarias a la enfermedad medica. Es por esto que se debe favorecer la especialización de psicólogos residentes de Medicina Conductual y su inclusión en las entidades hospitalarias como apoyo importante en el manejo de los pacientes.

Las sugerencias dentro del trabajo que desempeña el residente en Medicina Conductual tiene que ver con la supervisión *In Situ* en la cual se requiere de supervisión de corte cognitivo-conductual que apoye y supervise efectivamente el trabajo que se desempeña y que tenga repercusión en la formación de los especialistas en Medicina conductual. El representante de esta supervisión no corresponde con los objetivos necesarios para la formación de residentes que cursan una especialidad de alta excelencia académica y profesional.

Por otro lado es importante mencionar como necesarios los espacios físicos que son de suma importancia para nuestro desempeño diario de los cuales no contamos y a los que tenemos poco acceso, sin embargo, los residentes de Medicina Conductual hemos ganado espacios pequeños y estamos incidiendo directamente en el impacto tan importante de la enfermedades crónico degenerativas en apoyo del médico y de las instituciones hospitalarias.

Durante mi estancia dentro del servicio de Nefrología se logró adquirir sitios seguros donde el residente pueda guardar por lo menos sus cosas personales.

APENDICE I

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

CASO CLÍNICO

R1 VÁZQUEZ MATA ISABEL
MEDICINA CONDUCTUAL
NEFROLOGIA

I. Ficha de identificación

Nombre: Soledad

Sexo: femenino

Edad: 36 años

Estado civil: soltera

Religión: católica

Escolaridad: 3° Secundaria.

Ocupación: Hogar

Lugar de Nac: México D.F.

Lugar de Residencia: Tlalnepantla, Edo. México

Hermanos: 1 / 2

II. Motivo de consulta

La paciente es referida por el médico tratante en consulta externa del servicio de Nefrología debido a que la Pc le manifestó sentirse muy nerviosa, intranquila y muy triste.

La Pc acude a la consulta externa de psicología una semana después de haber visto al médico, refiriendo sentirse triste, nerviosa, inquieta y con miedo, *“no tengo ganas de hacer nada, estoy muy triste y lloro mucho desde que se murió mi hermanita”, “me siento culpable por no haber estado cuando se murió” (sic. pc).*

III. Impresión y actitud general

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, compleción media, estatura baja y tez blanca. Se muestra cooperadora, atenta y abierta ante la sesión. Responde adecuadamente a los estímulos presentes, su voz es baja y la latencia de respuesta alargada.

Entra al consultorio de manera lenta, con la cabeza baja y sosteniendo su bolsa con inseguridad y temerosa, no mantiene contacto visual por mucho tiempo y su mirada es dirigida hacia el suelo mientras habla. Muestra inquietud moviendo las piernas y manos continuamente, presenta una postura encorvada estando sentada en la silla, se observa nerviosismo y sudoración en manos y rostro.

IV. Antecedentes

Historia de desarrollo

No se presentaron dificultades prenatales, refiere haber nacido por parto normal teniendo buen peso al nacer, menciona ser una hija planeada, deseada y querida por sus padres.

No recuerda ningún evento significativo de desarrollo durante la infancia.

Historia social

Menciona no haber tenido dificultades para relacionarse con otros durante la infancia sino hasta un poco antes de concluir la secundaria (a los 15 años) debido a que comenzó a hacerse cargo de su hermana menor centrándose y ocupando una gran parte de su tiempo a esas actividades dejando de lado la interacción social con sus compañeros y amigos, los cuales se fueron alejando poco a poco.

Recuerda que cuando salía a reuniones a casa de sus amigas sentía culpa porque su hermana estaba encerrada, por lo que se regresaba pronto a su casa y en ocasiones decidía no salir.

Actualmente refiere no tener amigos, ni conocidos, *“sólo los vecinos pero no los conozco bien y nada más los saludo”, “me siento triste porque casi toda la gente tiene amigos y yo no, yo ni siquiera puedo sostener una conversación, la gente me platica y yo nada más escucho porque no soy buena para seguir una platica” (sic. Pc.)*.

Refiere no salir sola a la calle, siempre que sale tiene que hacerlo en compañía de su madre debido a que le da miedo hacer el ridículo.

HISTORIA ESCOLAR

No asistió al kinder e ingresó a los 6 años a la primaria, no recuerda haber tenido dificultades en sus años escolares considerándose una alumna regular con calificaciones de 7 y 8, sin embargo en el último año de secundaria reprueba una materia (matemáticas) y por esta razón no obtiene el certificado de secundaria. Deja los estudios debido a que se dedica completamente al cuidado de su hermana por lo que tampoco regresa a acreditar su materia reprobada.

HISTORIA LABORAL

La pc reporta nunca haber trabajado ya que además de estar ocupada con los cuidados de su hermana no había necesidad de trabajar debido a que su padre era el proveedor y les alcanzaba perfectamente. *“Nosotras éramos las mujeres de la casa y mi hermanita nos necesitaba”, “no puedo buscar un trabajo porque soy una inútil, no sé pedir trabajo, además no tengo papeles y estoy enferma” (sic. Pc)*.

HISTORIA SEXUAL

Menciona nunca haber tenido novio, *“sólo tenía compañeros y todavía no pensaba en eso” (sic. Pc)*. Nunca ha tenido relación de pareja ni sexual.

Refiere sentirse deprimida al ver a muchachas con sus hijos teniendo pensamientos como: *“yo ya no puedo tener uno”, “porque yo no tuve uno cuando mi hermanita todavía estaba” (sic. Pc)*.

HISTORIA DE SALUD

Refiere que en su familia no se han presentado enfermedades mentales pero si enfermedades físicas, predominando la presencia de diabetes mellitus (DM) en la familia materna, presentándose en la abuela, una tía, su madre, su hermana y ella. La abuela materna murió por DM, su hermana además de ser diabética tenía parálisis cerebral como consecuencia de dificultades al momento del parto, la madre se encuentra actualmente bajo tratamiento médico para control metabólico.

La pc refiere que desde los 18 años fue diagnosticada con DM y hace tres años con IRC por lo que permanece en tratamiento conservador estricto en el servicio de Nefrología del HJM donde fue hospitalizada en Noviembre del 2006 debido a elevación de azoados con probabilidad de entrar a un Tx sustitutivo de diálisis, sin embargo respondió satisfactoriamente al tratamiento farmacológico y dietético.

Actualmente, la pc toma por día: Furosemida (1tab, 40 mg), Caltrate (3 tab, 600 mg), Captopril (3tab, 25mg), Calcitrol (1tab, 0.25mg), Adalat CC (1tab, 30mg), Zylprim (1tab, 300 mg), Metroclopramida (1tab, 10mg), Rivotril (2.5 mg/ml) durante diciembre, enero y febrero 5 gotas antes de dormir, 3 gotas durante marzo – abril y en mayo suspendió totalmente el medicamento.

HISTORIA FAMILIAR

Describe una buena relación con su núcleo familiar, menciona que sus padres las cuidaban mucho a ella y a su hermana, su padre siempre fue el proveedor en su casa trabajando en una fabrica donde lo pensionaron, después consiguió un trabajo de velador en un edificio y su madre se dedicaba al cuidado de ellas y a los quehaceres de la casa, recuerda haber crecido feliz con una economía estable y sin ningún problema durante la infancia. En la adolescencia poco antes de terminar la secundaria decide dedicar más tiempo a cuidar a su hermana ya que pensaba *“ella necesita ayuda, que la quieran mucho y alguien que la apoye, a veces pasaba todo el día jugando con ella”* (sic. Pc). Menciona que sus padres nunca la obligaron a cuidar a su hermana, sino poco a poco fue dedicando más tiempo a su hermana y refiere haberse sentido bien con esas actividades. *“Todos estábamos bien, pero todo se complicó, me enfermé y me hospitalizaron, cuando regresé a la casa vi el cuerpo de mi hermanita tendido (llora) porque nadie me dijo que se había muerto”, “siento culpa por no haber estado con ella cuando me necesitaba”* (sic. Pc)

Refiere haberse sentido triste algunas veces tiempo atrás, sin embargo ante el fallecimiento de su hermana se ve aumentado, presentando tristeza casi todo el día y llanto frecuente mencionando *“todo me la recuerda, al ver su ropa en mi cuarto, al inyectarnos, al ver su foto en la sala, al ver un muñeco en la farmacia que le gustaba, al oír una canción, ya va a ser su cumpleaños”* (sic. Pc) teniendo pensamientos como: *“ya nunca la voy a ver, estoy sola sin alguien de mi edad, ahora que voy a hacer, no es posible que esté muerta, me da miedo estar sola y enferma”, “y si se mueren mis padres y me quedo sola que voy a hacer, no se hacer nada, soy insegura y miedosa, en cambio los demás saben lo que hacen y son valientes, mis primas son más chica que yo y saben hablar my bien”* (sic. Pc)

Refiere poca relación con los familiares de ambos padres mencionando sentirse triste y llorar al observar a sus vecinos recibiendo a sus familiares, presentando pensamientos como: *“por qué mi familia no es así, no nos apoya y ni siquiera nos llaman por teléfono”* (sic. Pc)

Actualmente su padre ha dejado de trabajar debido a problemas de salud refiriendo la pc problemas económicos importantes por esta situación.

La relación mantenida con su hermana era estrecha ya que la pc desempeñaba el rol de cuidador primario, cuando la pc es hospitalizada su hermana muere por un paro respiratorio, sin embargo nadie le comenta nada sino hasta cuando la pc regresa a su casa y encuentra el velorio, recuerda *“vi el cuerpo tendido de mi hermanita y no podía creerlo”, “pensaba que no era posible que ya no la iba a ver más y yo tengo la culpa porque no estuve para cuidarla” (sic. Pc)*. Después del evento refiere un cambio en la dinámica familiar, *“se sentía la casa sola, mi mamá y mi papá estaban tristes y cuando nos sentábamos ala mesa a comer llorábamos al ver la silla vacía” (sic. Pc)*

La pc menciona que a partir de Noviembre después de la muerte de su hermana comenzó a sentirse muy triste, sin ganas de hacer nada presentando llanto frecuente e incontrolable durante gran parte del día, teniendo pensamientos como: *“ya no tengo nada que hacer, y si mis padre se mueren yo no sabría que hacer, me voy a quedar sola, no sé hacer nada, estoy enferma, no tengo amigos ni familia, no sé trabajar y no puedo hacer nada para remediarlo, he perdido mucho tiempo” (sic. Pc)*

La madre refiere haberla notado como sonámbula por lo que refuerza la intención de la pc por asistir con el psicólogo.

V. Examen mental

Pc con edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Mostrándose cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, alerta a los estímulos que se presentan. Su capacidad de atención y concentración es adecuada. Presenta humor y afecto deprimido, sin alteraciones en memoria reciente y remota, sin alteraciones de pensamiento ni senso-perceptuales. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente aunque con volumen bajo y el tiempo de respuesta alargado. Su capacidad de juicio así como sus capacidades intelectuales se encuentran disminuidas. Presenta inquietud (movimientos continuos de piernas y manos) así como nerviosismo (sudoración en rostro y manos). Presenta un estado de ánimo general de tristeza.

VII. Padecimiento actual.

La Pc refiere sentirse triste, nerviosa e inquieta, presentando llanto frecuente e incontrolable la mayor parte del día, *“no tengo ganas de hacer nada, estoy muy triste y lloro mucho desde que se murió mi hermanita”, “me siento culpable por no haber estado cuando se murió” (sic. pc)*. Caracterizado a nivel motor con movimientos continuos de piernas y manos (inquietud) y lentitud al caminar, fisiológicamente se observa sudoración en rostro y manos refiriendo también problemas para dormir (insomnio), a nivel cognitivo presenta pensamientos tales como: *“Ya no tengo nada que hacer, y si mis padres se mueren yo no sabría que hacer, me voy a quedar sola, no sé hacer nada, estoy enferma, no tengo amigos ni familia, No sé trabajar, no puedo hacer nada para remediarlo, he perdido mucho tiempo, no le pude decir muchas cosas a mi hermana, yo no puedo tener un hijo, voy a hacer el ridículo, voy a estar sola sin su compañía, es la primera vez que no va a estar con nosotros, estoy sola sin alguien de mi edad, yo no tengo una hermana para compartir y para ayudarla, no soy valiente, los demás saben lo que hacen y yo no” (sic. Pc)*, los cuales se presentan con mayor frecuencia estando en su casa o en la calle sobre todo ante situaciones que le recuerdan a su hermana por ejemplo: *Al ver su retrato en la sala, su ropa o juguetes; al observar el calendario en el refrigerador porque se acerca su cumpleaños; al ver un programa de TV donde salen dos hermanas; cuando observa a sus vecinos recibir a sus familiares; al ver a sus*

padres enfermos; al oír una canción que le gustaba a su hermana, cuando encontró el teléfono del teletón; al ver muchachas con hijos o niños pequeños. Dichas situaciones y pensamientos se presentan como antecedentes de la respuesta emocional de tristeza, miedo y culpa y de la respuesta fisiológica de llanto frecuente e insomnio.

Se identifican aspectos relacionados con el problema en distintas áreas de funcionamiento del pc como el poco apoyo social, desempeño laboral nulo, ningún tipo de relación de pareja y pérdida de la salud encontrándose en Tx conservador.

La paciente refiere haberse sentido triste en ocasiones anteriores sin embargo lo anteriormente descrito inicia ante el fallecimiento de su hermana.

Se encuentran distorsiones cognitivas como: pensamiento dicotómico (“no sé hacer nada”), catastrófico (“ y si mis padres se mueren yo no sabría que hacer, me voy a quedar sola”), abstracción selectiva: el paciente atiende selectivamente las cosas que no ha podido realizar (“he perdido mucho tiempo, no le pude decir muchas cosas a mi hermana, yo no puedo tener un hijo, voy a hacer el ridículo, voy a estar sola sin su compañía, es la primera vez que no va a estar con nosotros”), visión de túnel (visualización negativa de la situación), personalización, (“me siento culpable por no haber estado cuando se murió”).

Pruebas aplicadas

Inventario de Ansiedad Beck:

Puntaje: **11**

Interpretación: **Leve**

Inventario de Depresión de Beck:

Puntaje: **35**

Interpretación: **Severa**

VIII. Evaluación Multiaxial DSM-IV TR

Eje I. Trastornos clínicos: Z63.4 Duelo

El objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida.

Como parte de una reacción de pérdida, algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (ejem: sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio).

La persona con duelo valora su estado de ánimo puede buscar ayuda profesional para aliviar síntomas como insomnio o anorexia.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no es indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. (Sin embargo algunos autores manejan el duelo hasta 6 meses después de la pérdida).

La duración y la expresión de duelo normal varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales.

Eje II. Trastornos de la personalidad: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III. Enfermedades medicas: DM, IRC

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

Problemas relativos al grupo primario de apoyo (fallecimiento de un miembro de la familia (hermana).

Problemas de salud en la familia (madre, padre, hermana, paciente).

Problemas laborales (insatisfacción y déficit en actividades laborales).

Problemas económicos (desempleo del padre)

Problemas relativos al ambiente social (pocas relaciones sociales, poca adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales)

Eje V. Evaluación de la actividad global: 50-41; síntomas graves, dificultades en diversas áreas.

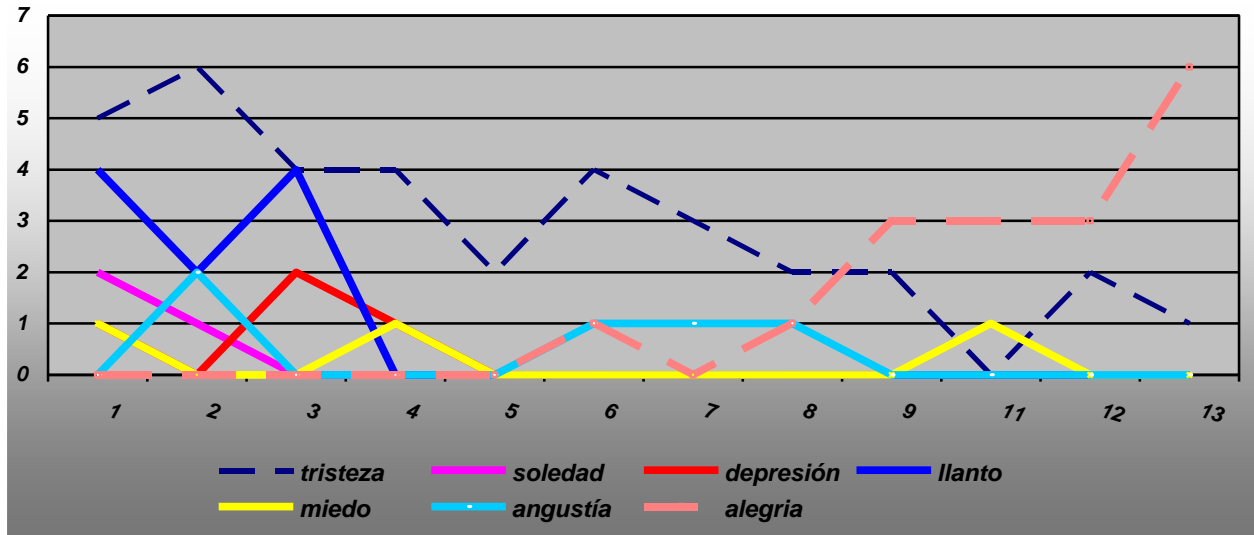
IX. Estrategia terapéutica.

TECNICAS DE RELAJACIÓN, REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA, MANEJO DE ESTIMULOS, ENSAYOS CONDUCTUALES, SOCS, TARJETAS DE APOYO, REGISTROS DE PENSAMIENTO, ACTIVIDADES Y MEDICAMENTOS.

- Se inició la intervención con el objetivo de controlar los síntomas como: intranquilidad, nerviosismo e insomnio a través de la técnica de Relajación por Respiración Profunda (RRP) y Relajación Muscular Progresiva(RMP) para favorecer la incompatibilidad de respuesta debido a que se presentan como conductas mutuamente excluyentes, indicadas dos veces por día y de manera importante su realización antes de dormir, de manera que en el mes de mayo la pc refiere haber suspendido el Rivotril debido a que mejoraron los problemas de sueño.
- Se realizó la identificación de Pensamientos Automáticos (PA's) a través de registros de pensamiento y su relación con la conducta y emoción, realizando previamente psicoeducación al respecto. Lo anterior con la finalidad de iniciar la reestructuración cognitiva.
- Se dividieron las sesiones en dos tiempos, en donde se trabajó sobre reestructuración cognitiva durante la primera parte poniendo atención sobre distorsiones cognitivas generadoras de culpa a través de una gráfica de pastel y la segunda fue dedicada a supervisar la realización de la técnica de relajación.
- Posteriormente, se realizaron registros de actividades donde se observó la mayor parte del tiempo dedicado a actividades del hogar además de ser siempre las mismas, se modificaron actividades junto con el paciente decidiendo ir a caminar de 6 a 7 de la noche en compañía de su madre. En los registros de medicamentos se observó una alta adherencia al Tx médico el cual fue reforzado.
- Se realizó manejo de estímulos como por ejemplo cambiar el retrato de la hermana a un lugar menos estratégico, así como cambiar el lugar habitual para comer, refiriendo el paciente haberlo hecho en la sala mencionando mejoría al realizarlo.
- Se realizaron ensayos conductuales con la finalidad de comprobar directamente la validez de los pensamientos automáticos de la paciente sobre la incapacidad de salir sola a la calle al tiempo que se realizaba reestructuración cognitiva, planteando así la posibilidad de ir sola a las tortillas o el mercado. El registro de pensamiento reporta haber realizado la actividad generando pensamiento como "*tengo que poder*" y haberse sorprendido por haberlo realizado. Acordando llevarlo a cabo en ocasiones posteriores.
- Se realizó el entrenamiento en solución de conflictos con la finalidad de habilitar al paciente para resolver efectivamente problemas o situaciones presentes y futuras.
- La tarjeta de apoyo contenía pensamientos automáticos adaptativos que la paciente pudiera tener a la mano y utilizar cuando creyera necesario hacerlo. Sirve de apoyo para la reestructuración cognitiva.

La siguiente gráfica hace referencia a las emociones que la paciente registro durante trece sesiones en sus registros de pensamiento.

Grafica 1. Cambio de emociones referidas por le paciente en sus registros de pensamiento.



En la grafica se observa como a través el avance en la terapia la paciente fue disminuyendo aquellas emociones disfuncionales predominantes por ejemplo depresión y se inicia en la sesión cinco un aumento en la emoción que el paciente describe como alegría.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

CASO CLÍNICO

R2 ISABEL VÁZQUEZ MATA
MEDICINA CONDUCTUAL
NEFROLOGÍA

I. Ficha de identificación

Nombre: Rosa
Sexo: Femenino
Edad: 19 años
Estado civil: casada
Escolaridad: 3º Secundaria.
Ocupación: Hogar
Lugar de Nac: Edo. México
Lugar de Residencia: Xilotepec, Edo. México
Hermanos: hija única de padre y séptima hija de madre.

II. Motivo de consulta

La paciente es referida por el médico tratante del servicio de Nefrología debido a embarazo de alto riesgo con requerimiento de tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, tratamiento que la paciente se niega a aceptar. Se da tención en Ginecología donde se encontraba hospitalizada.

III. Impresión y actitud general

Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, se observa con adecuadas condiciones de higiene y aliño, complexión y estatura media, tez blanca. Se muestra cooperadora, atenta y abierta ante la sesión. Responde adecuadamente a los estímulos presentes, el tono de voz adecuado y la latencia de respuesta ligeramente alargada.

Se da atención psicológica en el área de hospitalización del servicio de Ginecología donde se encontraba hospitalizada, al llegar a su cama la paciente se encuentra dormida por lo que resulta necesario tocar su hombro y llamarla por su nombre, al despertar sonrío y saluda, se observa con ojos llorosos como si hubiera llorado momentos antes, se observa pálida y cansada, mantiene contacto visual en todo momento.

IV. Antecedentes

Historia de desarrollo

No se presentaron dificultades prenatales, refiere haber nacido por parto normal teniendo buen peso al nacer, menciona ser una hija muy querida por su madre y sus hermanos. No recuerda ningún evento significativo durante la infancia.

Historia social

Menciona no haber tenido dificultades para relacionarse con otros durante la infancia, tampoco durante la secundaria refiriendo tener habilidades sociales describiéndose como “*muy amigüera*” la interacción con sus compañeros y amigos eran adecuadas siendo equitativa la interacción con ambos sexos.

Recuerda que salía a pocas reuniones debido a la lejanía de la casa de sus amigos y recuerda haberse divertido mucho. Actualmente refiere tener algunos amigos que son sus vecinos.

Historia escolar

Asistió al kinder e ingreso a los 6 años a la primaria, no recuerda haber tenido dificultades en sus años escolares considerándose una alumna regular con calificaciones de 7 a 9 y rara vez 10, con dificultad en matemáticas, concluyendo hasta el último año de secundaria, deja los estudios debido a la falta de recursos económicos y se dedica a labores del hogar.

Historia Laboral

No ha tenido ningún trabajo, debido a que se dedicó a labores domésticas y casarse a los 18 años.

Historia sexual

Menciona un solo novio antes del que actualmente es su esposo, ha tenido una sola pareja sexual (esposo).

Refiriendo no tener problemas en esta área, menciona tener una vida sexual satisfactoria.

Antecedentes heredofamiliares

Su madre padece HAS actualmente sin tratamiento.

Refiere problemas en riñón por parte de abuela y tía paterna.

Ningún otro mencionado.

Refiere que en su familia no se han presentado enfermedades mentales, sin embargo hace un año su esposo fue diagnosticado con esquizofrenia por lo que actualmente se encuentra en tratamiento y medicado.

Historia de Salud

La paciente reporta enfermedades propias de la infancia y problemas de riñón desde los trece años tratada en el centro de salud de su comunidad y después es traída por su madre al HJM donde se realiza biopsia renal con resultado de glomerulonefritis, le dan tratamiento conservador durante 4 años hasta abandonarlo hace aproximadamente 1 año.

Es referida por el médico tratante con diagnóstico de embarazo de 28 semanas complicado con ERC estadio V (NFKD) secundario a glomerulopatía y con requerimiento de tratamiento sustitutivo de la función renal con HD 3 veces por semana, HAS secundaria y controlada. Se encuentra orientada y refiere adecuada motilidad fetal, niega actividad uterina, con palidez de tegumentos, se aplica tratamiento de hierro y eritropoyetina. La evolución resultó satisfactoria, el plan fue prolongar la edad gestacional del producto el tiempo que las condiciones de bienestar fetal lo permitieran.

La paciente refiere sentirse muy cansada, con mucho sueño y haber tenido epistaxis una noche anterior, lo cual aumenta el riesgo debido al cambio en los tiempos de coagulación debidos a hiperazoemia, por lo que la paciente refiere sentir miedo.

Historia Familiar

Describe una buena relación en su núcleo familiar, menciona que su madre la quiere mucho con quien vivió hasta los 18 años cuando se fue a vivir con su actual pareja, la relación con el padre es buena aunque no lo ve frecuentemente ya que no vivió con su madre debido a que tiene otra familia.

La madre trabaja actualmente realizando costuras y vive en compañía de otro de sus hermanos, refiere buena relación con sus hermanos aunque algunos están casados y no los frecuenta mucho.

Actualmente la paciente vive con su esposo en casa de su suegra refiriendo buena relación con ella, su cuñado y su esposa. Refiere preocuparle la situación actual debido a que en una ocasión la suegra comento que su nuera no era buena para darle hijos a su hijo ya que sólo había tenido dos, ahora la paciente refiere pensamientos como: *“va a pensar lo mismo de mí, tal vez ya no me va a aceptar, dirá que no sirvo para tener hijos”*.

Menciona buena relación con su esposo *“los problemas de todos los matrimonios, sin nada importante (sic pc) pero luego él me contenta o al revés, en general nos llevamos bien”*, pero ahora tengo miedo de que él me deje y busque a alguien mejor, alguien que no este enferma, ya no me va a querer”. Refiere tristeza y llora.

Menciona, *“antes de estar embarazada todo estaba bien, yo no me sentía mal y ahora de pronto me encuentro muy grave y puedo morirme junto con el bebé”*. (sic. Pc)

V. Examen mental

Pc con edad aparente mayor a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Mostrándose cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, alerta a los estímulos que se presentan. Su capacidad de atención y concentración es adecuada. Presenta humor y afecto deprimido, sin alteraciones en memoria reciente y remota, sin alteraciones de pensamiento ni senso-perceptuales. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente aunque con tono de voz bajo. Su capacidad de juicio es adecuada e impresiona con inteligencia promedio. Presenta llanto y un estado de ánimo general de tristeza.

VII. Padecimiento actual.

Paciente de 19 años de edad que es referida por el medico tratante del servicio de nefrología debido a encontrarse con diagnostico de IRCT con requerimiento de HD y embarazo de 28 semanas determinándose de alto riesgo, se refiere ante la negación de la paciente a someterse al Tx medico invasivo por lo que se hace necesario el recurso psicológico para manejar la situación y salvar la vida del paciente y el bebé.

Al realizar la evaluación del problema la paciente se encuentra en crisis con sintomatología depresiva de acuerdo con el situación en la que se encuentra, caracterizado a nivel cognitivo: *“no entiendo lo que pasa, yo no sabia que seria complicado y peligroso, el nefrólogo me dijo que seria de alto riesgo pero no me dijo que tanto, no quiero que me dialicen, me da miedo, no voy a poder, no se que va a pasar, no puedo con todo esto”*, a nivel motor con movimientos continuos de piernas y manos, fisiológicamente se observa sudoración en rostro y llanto fácil, dichos pensamientos se presentan como antecedentes de la respuesta emocional de tristeza y miedo.

Se identifican además otros aspectos que actualmente preocupan al paciente como consecuencias posibles de la enfermedad en su núcleo familiar (suegra y esposo) generando distorsiones de pensamiento de adivinación del futuro como: *tengo miedo de que él me deje y busque a alguien mejor, alguien que no este enferma, ya no me va a querer”*, *“mi suegra pensará que no soy buena para tener hijos, si este se muere ya no podré tener hijos nunca”*.

Menciona que le preocupan demasiadas cosas como la salud de su bebé, las cuestiones económicas debido a que su esposo no se encuentra trabajando y la estancia hospitalaria es larga lo cual será muy caro, además el esposo no se encontraba enterado de la gravedad del problema.

VIII. Evaluación Multiaxial DSM-IV TR

Eje I. Trastornos clínicos: **TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO F43.20 (309.0)**

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.

2. deterioro significativo de la actividad general del sujeto.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

**Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

Eje II. Trastornos de la personalidad: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III. Enfermedades medicas: ERC estadio V (glomerulonefritis), embarazo de 28 semanas de gestación de alto riesgo.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales

Problemas de salud en la familia: Madre con HAS, Tía y Abuela con problemas en riñon.

Problemas laborales: sin empleo actualmente

Problemas económicos: esposo desempleado.

Problemas de acceso a los servicios de salud.

Eje V. Evaluación de la actividad global:

Eje VI. Evaluación de la actividad global: 60-51; síntomas moderados.

IX. Estrategia terapéutica.

SESIÓN 1: INTERVENCIÓN EN CRISIS, PSICOEDUCACIÓN Y BALANCE DECISIONAL.

- a) La intervención fue dirigida básicamente a mejorar y lograr la estabilidad emocional del paciente tratando de **disminuir el estado de crisis**, periodo en que se ha visto que las personas pierden procesos cognitivos como atención, concentración, memoria entre otros, que alteran la capacidad habitual de la persona para tomar decisiones.
- b) Se dio Psicoeducación integrando validación emocional y ejemplos de las reacciones emocionales referidas por otros pacientes, con la finalidad de apoyar la intervención final sobre la aceptación del TX.
- c) Balance decisional que es una alternativa terapéutica

SESIÓN 2-3: PSICOTERAPIA DE APOYO, REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y MONITORIZACIÓN DE NUEVAS CRISIS.

Se explica el modelo TCC sobre la relación entre pensamiento y emoción (dando ejemplos y haciendo que la paciente genera otros nuevos) con la finalidad de apoyar el estado emocional de la paciente durante su estancia hospitalaria.

Se inicia la reestructuración cognitiva sobre distorsiones cognitivas de adivinación del futuro, catastrofización y se adoptaron PA's alternativos.

Se colocó una tarjeta de apoyo al pie de la cama de hospitalización con PA's adaptativos generados por la paciente con la finalidad de apoyar la reestructuración.

SESIÓN 4-5-6: CONDICIONAMIENTO, RELAJACIÓN Y CONTROL DE ESTIMULOS

Se dio atención psicológica durante las sesiones de hemodiálisis, referida nuevamente por el médico tratante debido a mostrarse ansiosa ante el procedimiento. Se evalúa el problema realizando análisis funcional encontrándose un condicionamiento entre el monitor de frecuencia cardíaca y la respuesta de estrés y ansiedad, manifestada por inquietud de la paciente con movimientos continuos en pies y manos, sudoración, hiperalerta, preguntando constantemente el tiempo restante de HD y demandas constantes de desconexión.

Se decide entrenamiento en Relajación y biofeedback para disminuir sintomatología ansiosa, indicando que es necesario realizarlo durante el procedimiento de HD con la finalidad de utilizar las respuestas incompatibles de relajación-ansiedad.

Se utiliza el biofeedback en donde el monitor indicaba estabilidad del bebé y no necesariamente un peligro apoyando al cambio cognitivo e integrando el sonido al estado de relajación en donde existía una conexión imaginaria entre ella y su bebé.

Obteniéndose resultados satisfactorios.

Se realiza cesárea y se da de alta a la paciente quedando hospitalizado su hijo.

SESIÓN 7-8-9: SOCS, ADHERENCIA AL TX

Se capta al paciente en la unidad de hemodiálisis donde se encuentra actualmente con HD dos veces por semana.

Se inicia con el entrenamiento en la Solución de Problemas tratando evaluar los recursos con los que cuenta y poder optimizarlos refiriendo nuevas posibilidades de TR por cuestiones económicas y criterios para poder integrarse, sin embargo se genera la posibilidad de iniciar a trabajar (IMSS) dada su condición física, recién diagnóstico y edad. Además decide en esta sesión regresar a su casa debido a que tiene a su familia y le podrá ayudar a buscar más soluciones.

Se realiza psicoeducación sobre la nueva condición y Tx explicando la importancia del control de líquidos, la restricción de dieta y control de medicamentos para tratar de mantener en lo posible el estado de salud.

Se dejan como tarea registros de pensamientos, líquidos, peso diario, alimentos, dieta y presión arterial (sólo si tiene el recurso para poder hacerlo). Se da pase para valoración nutricional en HD y se contacta con enfermería para su inclusión en el manejo de Eritropoyetina.

Actualmente se intenta la adaptación y la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad Renal, en el manejo efectivo de las variables de apoyo social; desarrollo de autoeficacia y asertividad; y en las variables psicológicas que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

REFERENCIAS

- Amigo, González y Herrera. (1997). Comparison of physical exercise and muscle relaxation training in the treatment of mild essential hypertension. *Stress Medicine*, 13, 59-65
- Benson, H. (1974). Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. *Lancet*, 1, 289-291
- Campos, C. (1985). La retroalimentación biológica como una terapia alternativa en el tratamiento del síndrome de disfunción temporomandibular. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Domínguez, T. (2000). Procedimientos médicos no invasivos para los problemas de salud: ¿Qué es la retroalimentación biológica?, *Documento elaborado con el apoyo parcial del proyecto de investigación PAPIIT-DGAPA-UNAM-In 504997*
- Domínguez, T. y Olvera, L. (2002). Inhibición emocional, estrés y salud: su impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. *Psicología y Salud*, 12, 1, 83-93
- Domínguez, T., Olvera, L., Cruz, M. y Cortes, S. (2001). Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico. *Psicología y Salud*, 1,2, 61-71.
- Elder, S. (1973). Instrumental conditioning of diastolic blood pressure in essential hypertensive patients. *Appl Behav Anal*, 6, 377-382
- Frankel, B., Pater, D., Horwitz, D., Friedwald, W. Y Gaarder, K. (1978). Treatment of hipertension with biofeedback and relaxation techniques. *Psychosomatic Medicine*, 40, 4, 276-293
- Goldman, H. y Kleinman, K. (1975). Relationship between essential hypertension and cognitive functioning, effects of biofeedback. *Psychophysiology*, 12, 569-573
- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12, 1, 25-32
- Guilro, I. (2005). Intervención cognitivo conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con IRCT. (no publicado)
- Kazdin, A.E. (2002). Research designs in clinical psychology. New York Allyn & Bacon.
- Kristt, D. y Engel, B. (1975). Learned control of blood pressure in patients with high blood pressure. *Circulation*, 51, 370-378
- Latorre, J. (1994). El paciente en el medio hospitalario. En Latorre, J. y Beneit, P. Psicología de la salud. Cap 12, p.p. 205-214. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Matínez Roca.

- Lehrer, P., Vaschillo, e. y Gevirtz, R. (2002) 33ª reunión anual de la Asociación de Psicofisiología aplicada y Biofeedback: "Retroalimentación de la frecuencia resonante cardiovascular".
- López, F. (1996). La relajación como una de las estregáis psicológicas de intervención más utilizadas en la practica clínica actual. *Revista Cubana Med Gen Inegr*, 12, 4, 15-22
- López, R. (2004). Informe de diálisis y trasplante renal año 2001. *Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos*, 1, 21 – 33.
- Mac Gregor, G. J. (2004). Insuficiencia Renal Crónica. *Med. Int. Mex*, 3, 2, 22-28.
- Maduell, F y Navarro, V. (2001). Valoración de la ingesta de sal en hemodiálisis. *Nefrología*, 21, 1, 71-77
- Martín de Francisco, A. L., Rodríguez-Puyol, D. Y Praga, M. (1997). Nefrología clínica. Madrid: Editorial Panamericana, 528-545
- Meichenbaum, D. (1988). Manual de inoculación de estrés. España: Ediciones Roca.
- Miller, N. (1975). Clinical applications of biofeedback: voluntary control of heart rate, rhythm, and blood pressure, in new horizons in cardiovascular practice. Baltimore: University Press, 239-249
- Montfrans, V. (1990). Relaxation therapy and continous ambulatory blood pressure in mild hypertension: a controlled study. *British Medical Journal*, 300, 368-372
- Moreno, B., Contreras, R., Martínez, S., Ayala, G., Livacic, R. y Vera, V. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo – conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento medico. *Rev Med Chile*, 134, 433-440
- OMS (2002). Definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm. Mayo 2004.
- Pila, J. (1996). Una introducción a la psicofisiología clínica. Madrid: Pirámide.
- Rahman, M. y Smith, M. (1998). Chronic renal insuficiency: a diagnostic and therapeutic approach. *Arch Intern Med*, 6, 174-184.
- Reynoso, L y Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L., Tron, A. y De la Torre I. (Comunicación Personal 2004). Detección de patrón conductual tipo A en estudiantes mexicanos de diferentes carreras. UNAM.
- Roman, A., Valenzuela, M., Badilla, M., Baez, D. y Herrera, E. (2002). Optimización de la reducción de la presión arterial en hipertensos esenciales. *Rev Med Chile*, 30, 5, 278-285.
- Rondon, N. y López, P. (1999). La progresión de la enfermedad renal: Una revisión. *Med ULA* ,5, 32-39.

- Shapiro, A. y Schwartz, G. (1977). Behavioral methods in the treatment of hypertension: a review of their status. *Ann Int Med.* 86, 626-636
- Smith, J. (1992). Entrenamiento cognitivo – conductual para la relajación: un sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación. Bilbao: Descleé de brouwer.
- Spielberger, C., Díaz-Guerrero, R. (1975). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado: Manual e Instructivo. México: Manual Moderno.
- Takaki, J. (2003). Interactions Amogn a Stressor, Selfefficacy, Coping with stress, Depresión, Anxiety in Maintenance Hemodyalisis Patients. *Behavioral Medicine*, 29, 3, 107-112.
- Trujillo, G. J., Méndez, G. J. y Sierra, P. (1999). Diagnóstico situacional de las afecciones de vías urinarias en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Comunitaria*, 3, 1.
- Valderrama, P., Vázquez, H. y Liceaga, A. (1998). Relajación Muscular Progresiva. *PAPIME*, 1, 23
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno.
- Vila, J. (1996) Una introducción a la psicofisiología Clínica. Madrid: Pirámide.